81.

22500450561

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Clichy. — Impr. Paul Dufont, 12, rue du Bac-d'Asnières.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

DEUXIÈME ANNÉE

TOME III.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1874

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

SOMMAIRE DU N° 1

ANATOMIE.

Analyses : Système nerveux, *Huguenin*, p. 1. — Encéphale, *Meynert*, p. 4. — Faisceau postérieur de la moelle, *Pierret*, p. 7. — Glandes gastriques, *Sappey*, p. 10.

II. **Travaux à consulter :** Corpuscules de Pacini, *Budge*, p. 12. — Nerfs des muscles, *Gerlach*, p. 13. — Noyau de Balbiani, *Bambecke*, p. 14. — Cellules nerveuses, *Lubimoff*, p. 14. — Lymphatiques, *Ranvier*, p. 15. — Ovaire, *Romiti*, p. 16. — Follicule dentaire, *Legros* et *Magitot*, p. 17. — Vessie, *Jurié*, p. 19. — Reins, *Thayssen*, p. 19, — Cristallin, *Tubini*, p. 20. — Fibres musculaires, *Petrowsky*, p. 20. — Glandes du bassinet, *Egli*, p. 21. — Tissu osseux, *Ranvier*, p. 22. — Œuf des poissons, *Balbiani*, p. 23. — Caisse du tympan, *Urbantschitsch*, p. 24. — Fosse jugulaire, *Dwight*, p. 25. — Tendons du genou, *Lorinser*, p. 25. — Asymétrie du sternum, *Roqua*, p. 25. —

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 26.

PHYSIOLOGIE.

I. **Analyses :** Phénomènes de la vie, *Cl. Bernard*, p. 28. — Diabète, *Cl. Bernard*, p. 32. — Physiologie du cerveau, *Ferrier*, p. 38; *Nothnagel*, p. 41. — Nerf lingual, *Vulpian*, p. 44. — Phénomènes psychiques, *Exner*, p. 46. — Fève de Calabar, *Köhler*, p. 50. — Circulation du foie, *Rosapelly*, p. 53. — Ligature de la veine-porte, *Tappeiner*, p. 54. — Nerf vague, *Rutherford*, p. 58. — Pulsations du cœur, *Fili*, p. 59. — Mouvements de l'intestin, *Horvath*, p. 61. — Processus de décomposition. *Pettenkofer* et *Voit*, p. 63.

II. **Travaux à consulter :** Innervation de la rate, *Tarchanoff*, p. 65. — Sensibilité de la peau, *Riecker*, p. 66. — Excitations électriques, *Valentin*, p. 67. — Centres des vaso-moteurs, *Owsjannikow*, p. 68. — Sensations de lumière, *Delbœuf*, p. 68. — Dynamisme des hémisphères cérébraux, *Fournié*, p. 68. — influence de l'ouïe sur le langage, *Dalby*, p. 69. — Fatigue des muscles, *Kronecker*, p. 70. — Ampliation inspiratoire du poumon, *Stern*, p. 70. — Acide carbonique de l'air, *Truchot*, p. 72. — Sécrètions cutanées, *Röhrig*, p. 72. — Eléments nutritifs, *Stohmann*, p. 72. — Pouvoir digestif du fœtus, *Moriggia*, p. 73. — Sel marin dans l'alimentation, *Bunge*, p. 75. — Rotation du cœur, *Wilckens*, p. 76. — Action de la chaleur sur le cœur, *Brunton*, p. 77. — Action de l'hyosciamine, *Hellmann*, p. 77; de la théine, *Bennet*, p. 78; de la quinine sur les vibrioniens, *Bochefontaine*, p. 79. — Alcaloïdes du quinquina, *Baxter*, p. 81. — Irritabilité des étamines, *Heckel*, p. 82.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 82.

*

CHIMIE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Bile humaine, *Jacobsen*, p. 85. — Acide carbonique dans l'urine, *Ewald*, p. 87.

II. **Travaux à consulter :** Action des alcaloïdes sur les substances organiques, *Rossbach*, p. 89. — Solutions d'albumine, *Aronstein*, p. 89. — Coagulation de l'albumine, *Mathieu* et *Urbain*, p. 90. — Poids spécifique des liquides albumineux, *Hollis*, p. 91. — Dosage de l'azote, *Marcker*, *Johnson*, p. 91. — Eléments protéiques, *Hlasiwetz* et *Habermann*, p. 91. — Urine pendant la lactation, *de Sinéty ;* Urine après l'usage des asperges, *Hilger* p. 92. — Nouveau principe dans l'urine, *Baumstark;* Coloration de l'urine par la rhubarbe, *Gubler*, p. 93. — Urine des saturnins, *Bouchard ;* Nitrate d'urée dans l'urine, *Moore;* Calcul de cystine, *Müller*, p. 94.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 95.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. **Analyses :** Inflammation, *Robin*, *Schiff*, *Cohnheim*, p. 96. — Dyssenterie, *Kelsch*, p. 108, 112. — Paralysie réflexe, *Roessingh*, p. 115. — Pathologie des pédoncules cérébelleux, *Curschmann*, p. 116. — Tuberculose, *Hering*, p. 117; *Bollinger*, p. 119.

II. **Travaux à consulter :** Hypertrophie des fibres du cerveau, *Roth*, p. 121. — Atrophie après l'amputation, *Nepveu*, p. 122. — Péritonite hémorrhagique, *Friedreich;* Corps articulaires, *Gross*, p. 123. — Ostéite raréfiante, *Kœnig ;* Fungus du testicule, *Romano*, p. 124. — Sarcomes, *Tillmanns ;* Pathologie des fibres musculaires striées, *Popoff*, p. 125. — Cancer des muscles, *Weil*, p. 127. — Myosites, *Hayem;* Phlébite inguinale, *Pasturaud*, *Petit ;* Urine des ictériques, *Nothnagel*, p. 128. — Adhérence des maxillaires, *Marchiasara*, p. 129. — Tuberculose de la peau, *Bizzozero*, p. 130. — Bactéries dans le sang, *Osier*, *Schæffer ;* infarctus sous-cutanés du choléra, *Bouchut*, p. 131. — Dilatation du cœur, *Chirone*, p. 132. — **Observations diverses :** *Reynolds*, *Greenhow*, *Colin*, *Moussier*, p. 133; *Holmes*, p. 134. — Substances pyrogénes, *Lewitzky*, p. 134. — Production de l'œdème, *Hehn ;* Altérations par l'ammoniaque dans les poumons, *Mayer*, p. 135. — Dicrotisme du pouls, *Galabin ;* Diapédèse des globules blancs, *Purves*, p. 136. — Respiration après ouverture du thorax, *Carlet*, *Straus ;* Urie dans le diabète, *Jeanneret*, p. 137.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 138.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Migraine, *Liveing*, p. 145. — Compression de la moelle, *Charcot*, p. 150. — Méningite cérébro-spinale, *Rodanstein*, p. 155. — Leçons de clinique, *Peter*, p. 158. — Choléra, *Besnier*, *Colin*, *Blanc*, *Hayem*, *Renaut*, *Kelsch*, *Dujardin-Beaumetz*, *Damaschino*, *Lefebvre*, p. 161; *Goldbaum*, p. 164; *Pellarin*, p. 166; *Nepveu*, *Stadthagen*, *Saint-Vel*, p. 167. — Expectoration albumineuse, *Société médicale des hôpitaux*, *Béhier*, p. 169. — Médiastino-péricardite calleuse, *Kussmaul*, p. 171. — Maladie de Bright, *Stewart*, p. 172.

II. **Travaux à consulter :** Chorée, *Schmit*, p. 174. — Bégaiement, *Folet;* Péritonite rhumatismale, *Marmonier*, p. 175. — Variole hémorrhagique, *Schrank*, *Goscheler*, p. 176. — Variole, *Webb*, p. 177. — Maladies cérébrales, *Crichton Browne;* Caractères du pouls, *Lépine ;* Bruit de claquement, *Chomjaköw*, p. 178. — Graphique de la respiration, *Riegel*, p. 179. — Convulsions des muscles de la déglutition, *Kupper;*

Pleurésie sèche, *Leaming*, p. 180. — Hydronéphrose, *Fenger*, p. 181. — Auscultation de l'abdomen, *Sommerbrodt*; Fièvre jaune, *Jones*, p. 182. — Calculs d'acide urique, *Harley*, p. 183. — **Observations de maladies de l'appareil respiratoire**, *Seuvre*, *Verneuil*, *Herwey*, *Scheff*, p. 185. — **Observations de maladies du tube digestif et de ses annexes**, *Hawtrey Benson*, *Heaton*, *Burman*, p. 186; *Wesphalen* p. 188; *Heppner*, p. 189. — **Observations diverses** : *Gombault*, p. 191; *Colin*, p. 192; *Besnier*, p. 193.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 193.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. **Analyses** : Hématocèle rétro-utérine, *Schrœder*, *Fritsch*, *Brochard*, p. 202. — Amputation du col utérin, *Spiegelberg*, p. 205. — Bassin dans le cas de luxations de la hanche, *Léopold*, p. 207. — Rétroceps, *Hamon*, p. 209.

II. **Travaux à consulter** : Adénomes utérins, *Caudron*; Kystes du para-ovarium, *Kœberlé*, p. 211. — Hématocèle rétro-utérine, *Marrotte*, p. 212.— Troubles de motilité dus aux maladies utérines, *Mayer*; Perforation de l'utérus par l'hyotésomètre, *Dupuy*, p. 213. — Ovariotomie, *Péan*; Prurit clitoridien, *Küchenmeister*; Rupture de l'utérus, *Haselberg*, p. 214. — Maladies de l'appareil urinaire pendant la grossesse, *Olshausen*; Valeur du corps jaune, *Benham*, p. 215. — Endométrite chronique, *Slavjanski*, p. 216. — Bassin dans le cas de luxations de la hanche, *Sassmann*, p. 217. — Présentation de la face, *Schatz*, p. 218. — Souffle utérin, *Rotter*, p. 219. — **Observations diverses** : *Duncan*, *Slavjanski*, p. 219; *Aubenas*, *Stesle*, p. 220; *Jœnsch*, p. 221.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 222.

MALADIES DES ENFANTS.

I. **Analyses** : Tubulhématie rénale, *Parrot*, p. 226; *Laroyenne*, *Charrin*, p. 229. — Exploration du thorax, *Monti*, p. 230. — Méthode anti-pyrétique dans les maladies fébriles, *Mayer*, p. 232.

II. **Travaux à consulter** : Pleurésie purulente, *Playfair*, p. 235. — Maladies cutanées, *Lee*, p. 236. — Atrésie anale, *Ahlfeld*, p. 237. — Hernies de la tête, *Taruffi*; Mycose pulmonaire dans la coqueluche, *Setzerich*, p. 238. — Syphilis des nouveau-nés, *Parrot*, p. 239. — **Observations diverses** : *Feith*, p. 240; *Handfield Jones*, *Hill*, p. 241; — *Roth*, *Amyot*, p. 242.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 243.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

I. **Analyses** : Syphilis, *Congrès de Vienne*, p. 246. — Traité de la syphilis, *Lancereaux*, p. 248. — Dysidrosis, *Fox*, p. 250.

II. **Travaux à consulter** : Origine de la syphilis, *Bassereau*, p. 252. — Syphilis héréditaire, *Owre*, p. 252; *Sturgis*, *Brebant*, p. 253. — Miliaire, *Besnier*, *Dante-Borgi*, p. 254. — Variole, *Luton*, p. 254. — Molluscum, *Fremmert*, p. 255. — Transmission du favus, *Horand*, p. 256. — Lèpre, *Wortabel*, p. 257. — **Observations diverses** : *Ballard*, p. 258; *Mc Nalty*, p. 259; *Guyot*, *Port*, p. 260; *Jamieson*, p. 261.

III. **Renseignements bibliographiques**, p. 261.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. **Analyses :** Hémianesthésie dans l'alcoolisme, *Magnan*, p. 264. — Folie consécutive aux maladies aiguës, *Christian*, p. 266. — Athétosis, *Shaw*, p. 268. — Paralysie progressive des aliénés, *Rabenau*, p. 270. — Epilepsie produite par la quinine, *Jakubowicz*, p. 272.
II. **Travaux à consulter :** Alcoolisme, *Troyon*, *Gambus*, p. 274. — Démence paralytique, *Meyer*, p. 275. — Paralysie générale, *Lubimoff*, p. 276. — Epilepsie, *Jackson;* hypochondrie, *King Chambers*, p. 277. — Crétinisine, *Klebs*, p. 278. — Athétosis, *Purdon*, p. 279.
III. **Renseignements bibliographiques,** p. 279.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

I. **Analyses :** Mouvements respiratoires prématurés, *Hofmann*, p. 282.
II. **Travaux à consulter :** Taches de sang, *Mialhe*, p. 284. — Moyens de distinguer les filaments végétaux, *Boucher*, p. 285. — Recherche de la strychnine, *Selmi*, p. 286. — **Observations d'empoisonnement:** *Hamburger*, p. 287; *Bouchard*, p. 288; *Ollivier*, p. 289; *Hinckeldeyn*, p. 290; *Burder*, p. 291; *Schwerin*, p. 292.
III. **Renseignements bibliographiques**, p. 292.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

I. **Analyses :** Hydrothérapie, *Béni-Barde*, p. 297. — Action des purgatifs, *Vulpian*, p. 299. — Nitrite d'amyle, *Amez-Droz*, p. 300. — Podophyllin, *Paul*, p. 302. — Traitement du rhumatisme, *Œhme*, p. 304. — Vaccine, *Congrès de Vienne*, p. 305. — Quarantaines, *id.*, p. 308.
II. **Travaux à consulter :** Crotonchloral, *Liebreich*, p. 309. — Action de l'alcool sur la température, *Riegel*, p. 310. — Hydrate de chloral, *Horand*, *Puech;* Alcaloïdes de l'opium, *Laborde*, p. 311. — Action du soufre, *Roberts*, p. 312. — Hyposulfates, *Rabuteau;* Bromure de potassium, *Drouet;* Chlorhydrate d'ammoniaque, *Libermann*, p. 313. — Vin de quinquina, *Schlagdenhaufen*, p. 314. — Désinfectants, *Skinner;* Solutions pour injections hypodermiques, *Adrian*, p. 315. — Sulfite de soude, *Silvestrini;* Electricité contre les névralgies, *Beard*, p. 316. — Bains froids dans le rhumatisme, *Sydney Ringer;* Quinine dans le rhumatisme, *Barelay*, p. 318. — Alcool dans la fièvre typhoïde, *Fourrier;* alcaloïdes du quinquina, *Dougall*, p. 320. — Nitrite d'amyle, *Steketec*, p. 321. — Injection d'ergotine, *Agmon*, *Vesey*, p. 322. — Emplâtre de belladone, *Guéneau de Mussy;* Bromure contre les vomissements, *Woillez*, p. 323. — Parasites dans le pain, *Rochard*, p. 324. — Secours publics, *Voisin;* assainissement par l'eucalyptus, *Gimbert*, p. 325. — Courmayeur, *Giachino;* Moyens d'avoir une température constante, *Morin*, p. 326. — Action de l'eau sur le plomb, *Fordos*, *Dumas*, p. 327. — Intoxication tellurique, *Colin*, p. 328.
III. **Renseignements bibliographiques,** p. 328.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. **Analyses :** Chirurgie clinique, *Guyon*, p. 336. — Maladies des articulations, *Albert*, p. 338. — Périarthrite, *Gosselin*, p. 341.
II. **Travaux à consulter :** Température dans les affections chirurgicales, *Bell*, p. 343. — Maladie du sommeil, *Ogle*, p. 344. — Rétrécissement de l'œsophage, *Richardson*, p. 345. — Etranglement interne, *Faucon ;* Fractures des os longs, *Krönlein*, p. 346. — Grenouillette, *Bryk*, p. 347. — Tumeurs de la clavicule, *Chevalier*, p. 348. — Tumeur du testicule, *Poncet ;* Déformations dans la coxalgie, *Verneuil*, p. 349. — Calculs vésicaux, *Cantalamesa*, p. 350. — **Observations de luxations :** *Rotter*, *Volkmann*, *Willbur*, p. 351 ; *Doutrelepont*, p. 352; *Markham*, p. 353. — **Observations diverses :** *Betz*, p. 353 ; *Wilson*, *Fournaise*, p. 354; *Podrazki*, *Buchanan*, p. 355 ; *Nicoladoni*, *Schmidt*, p. 356.
III. **Renseignements bibliographiques,** p. 357.

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

I. **Analyses :** Accommodation de la choroïde, *Hensen*, *Volckers*, p. 368. — Accommodation dans l'aphakie, *Donders*, p. 370. — Mouvements de la membrane du tympan, *Kessel*, p. 373. — Maladies de l'apophyse mastoïde, *Buck*, p. 375.
II. **Travaux à consulter :** Catarrhe conjonctival, *Stilling*, p. 379. — Dégénérescence amyloïde de la conjonctive, *Leber*, p. 380. — Symblépharon, *Teale*, p. 382. — Kératoscopie, *Cuignet*, p. 383. —Ulcères de la cornée, *Nieden ;* Transplantation de la cornée, *Power*, p. 384. — Section de la cornée, *Streatfeild*, p. 385. — Keratoconus, *Abadie*, p. 386. — Cataracte : *Jæger*, p. 386; *Warlomont*, p. 387; *Bribosia*, p. 382 ; *Taylor*, *Wolfe*, p. 383; *Rossander*, *Streatfeild*, p. 384; *Bowman*, *Hansen*, p. 385. — Daltomisme, *Favre ;* acuité de l'ouïe, *Knapp*, p. 386. — Cholestéatome de la membrane du tympan, *Wendt*, p. 387. — Otite purulente, *Grüber*, p. 388. — Autoplastie du lobule, *Knapp ;* Incision de la membrane du tympan, *Grüber*, p. 389. — Végétations dans l'oreille, *Bezold*, p. 390.
III. **Renseignements bibliographiques,** p. 390.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. **Analyses :** Polypes naso-pharyngiens, *Duménil*, p. 401. — Galvanocaustie thermique, *Bœckel*, p. 403. — Amputations par le galvano-cautère, *Bruns*, p. 405. — Trépanation, *Bæckel*, p. 407.
II. **Travaux à consulter :** Accidents de l'anesthésie, de *La-Roche-au-Lion ;* Mort par l'éther, p. 409. — Bandage d'Esmarch, *Cripps*, p. 410 ; *Erichsen*, p. 411. — Ligature élastique, *Dittel*, p. 411; *Vanzetti*, p. 412; *Thompson*, p. 413. — Résections, *Bryk*, *Hugelshofer*, p. 415; *Ollier*, p. 416. — Amputations à lambeaux périostiques, *Tripier*, p. 417. — Ostéotomie, *Wahl ;* Pseudarthroses, *Roy de Clotte*, p. 418. — Anévrysmes, *Holmes*, p. 419 ; *Levy*, p. 420. — Hernie étranglée, *Annandale*, *Duplouy*, p. 422. — Colotomie, *Mason*,

p. 422. — Gastrotomie dans l'occlusion, *Whitall*, p. 425. — Circoncision, *Aïssa Hamdy*, p. 425. — Rétrécissement de l'urèthre, *Stromeyer;* hydrocèle, *Rodolfi;* Réimplantation des dents, *Lyons* p. 426. — Traitement des ulcères, *Nussbaum;* du noma, *Pernizza*, p. 427. — Intervention dans le cancer, *Dupuy*, p. 428.

III. **Renseignements bibliographiques,** p. 428.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

I. **Analyses :** Manuel d'hygiène, *Parkes*, p. 436. — Hygiène militaire, *Morache*, p. 439 ; *Bæhme*, p. 441.

II. **Travaux à consulter :** Rapport sur l'armée anglaise, p. 442. — Transport des blessés, *Heyfelder;* hygiène du marin, *Chastang*, p. 443. — Taches de la cornée, *Dooremaal* ; Maladies de la marche, *Thurn*, p. 445. — Alimentation du soldat, *Diez;* Constatation des amblyopies, *Cuignet*, p. 446.

III. **Renseignements bibliographiques,** p. 447.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

I. **Analyses :** Régénération des organes, *Demarquay*, p. 449. — Septicémie, *Colin*, p. 452 ; *Clementi*, p. 454 ; *Béchamp*, p. 456. — Virus charbonneux, *Davaine*, p. 456, 457.

II. **Travaux à consulter :** Production du goître, *Bergeret*, *Larrey ;* Etat typhoïde, *Fothergill*, p. 458.

III. **Renseignements bibliographiques :** p. 460.

Renseignements bibliographiques d'obstétrique : p. 460.

SOMMAIRE DU N° 2

ANATOMIE.

I. **Analyses :** Capillaires sanguins, *Rouget*, p. 465.—Rein, *Heidenhain*, p. 473. — Lymphatiques de la muqueuse gastrique, *Lovén*, p. 487. — Lymphatiques de l'utérus, *Leopold*, p. 478. — Corpuscules du tact, *Thin*, p. 481.

II. **Travaux à consulter :** Moelle épinière, *Ranvier*, *Roudanowski*, p. 383. — Caisse du tympan, *Urbantschitsch*, p. 484. — Trompe d'Eustache, *Zückerhandl*, p. 485. — Anostomoses veineuses, *Hoyer*, p. 486. — Cartilages hyalins, *Colomiatti*, p. 486. — Clavicule, *Bennett*, p. 487; Transposition des viscères, *Beaunis*, p. 487. — Canaux des parenchymes, *Arnold*, p. 488. — Choroïde, *Morano*, p. 489.

PHYSIOLOGIE.

I. **Analyses** : Substance corticale, *Hitzig*, p. 490; *Carville* et *Duret*, p. 493; *Dupuy*, p. 495. — Machine animale, *Marey*, p. 496. — Pression du sang, *Fick*, p. 500. — Sécrétion de la lymphe, *Paschutin*, p. 502. — Sécrétion des larmes, *Reich*, p. 505. — Effets de l'atropine, *Rossbach* et *Frœhlich*, p. 507.

II. **Travaux à consulter :** Ingestion de la garance, *Strelzoff*, p. 509. — Canaux semi-circulaires, *Breuer*, *Cyon*, p. 511. — Nerfs vaso-dilatateurs, *Vulpian*, p. 514. — Rate, *Bochefontaine*, p. 516. — Circulation de la peau, *Bloch*, p. 517. — Effets électro-moteurs du cœur, *Nuel*, p. 518. — Substances toxiques sur les poissons, *Rabuteau* et *Papillon*, p. 518. — Action de l'atropine, *Rabuteau*, p. 518. — Action du haschich, *Naquet*, p. 519. — Courants induits, *Onimus*, p. 519. — Déplacement de la trachée, *Schrœtter*, p. 520. — Langage, *Onimus*, p. 520. — Absorption de la muqueuse buccale, *Karmel*, p. 521. — Substances inorganiques injectées dans le sang, *Blake*, p. 522. — Sécrétion pancréatique, *Landau*, p. 522. — Fixation de l'oxygène dans le sang, *Afonassiew*, p. 523. — Pouls dicrote, *M'Vail*, p. 524. — Greffes de follicules, *Legros* et *Magitot*, p. 524. — Spartéine, *Fick*, p. 524.

CHIMIE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Traité de chimie, *Gautier*, p. 525. — Chimie des os, *Maly* et *Donath*, p. 526.
II. **Travaux à consulter :** Cartilages, *Æby*, p. 528. — Matière amyloïde, *Modrzejewski*, p. 528. — Fermentation butyrique, *Paschutin*, p. 529. — Dégénérescence graisseuse, *Perls*, p. 530. — Sang leucocythémique, *Gorup*, p. 531. — Acide azoteux dans la salive, *Bottger*, p. 631. — Acide cholique, *Baumstark*, p. 131. — Matières albuminoïdes, *Béchamp*, p. 532. — Transformation des substances aromatiques, *Nencki*, p. 532. — Dosage de l'azote, *Ritthausen*, p. 533. — Urines pseudo-ictériques, *Gubler*, p. 534.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. **Analyses :** Mycose intestinale, *Wagner*, p. 535. — Ligature des conduits biliaires, *Wickham Legg*, p. 537. — Processus fébrile, *Sénator*, p. 539. — Produit infectant de l'inflammation, *Sanderson*, p. 547. — Diapédèse, *Arnold*, p. 551.
II. **Travaux à consulter :** Inflammation, *Stricker*, p. 556. — Inflammation du grand sympathique, *Robinson*, p. 557. — Globules blancs du sang, *Malassez*, *Thoma*, p. 558. — Glande mammaire, *Langhans*, p. 559. — Tumeurs du sein, *Cadiat* et *d'Espine*, p. 561. — Microcéphalie, *Lombroso*, p. 562. — Cerveau des idiots, *Betz*, p. 563. — Pied de Morand, *Lavocat*, p. 563. — Monstres omphalosites, *Dareste*, p, 564. — Difformités chez les idiots, *Meyer*, 565. — Fœtus monstrueux, *Maclaren*, p. 566. — Hydrocéphalie, *Vinsonneau*, p. 566. — Bactéries, septicémie, *Birsch-Hirschfeld*, p. 567 ; *Laborde*, p. 568 ; *Martini*, 569 ; *Dolschenkow*, p. 570 ; *Eberth*, *Davaine*, p. 572. — Fièvre puerpérale, *Orth*, p. 573 ; *Heiberg*, p. 574. — Microzymas de l'urine, *Béchamp*, p. 577. — Urine ammoniacale, *Gosselin* et *A. Robin*, p. 576 ; *Lailler*, p. 577. — Auscultation du poumon, *Cornil*, p. 577. — Arrachement du sciatique, *Hayem*, p. 578. — Inoculation de la tuberculose, *Parrot*, *Chauveau*, p. 581. — Pertes pendant la fièvre, *Neumann*, p. 582. — Infarctus, *Penzoldt*, p. 582. — Pathologie cellulaire, *Virchow*, p. 582. — Rachitis, *Heitzmann*, p. 583. — **Observations diverses :** *Ogston*, p. 584 ; *Landouzy*, *Sevestre*, *Thorens*, p. 585.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

I. **Analyses :** Clinique, *Guéneau de Mussy*, p. 586. — Fièvre typhoïde ambulative, *Vallin*, p. 588. — Sclérodermie, *Hallopeau*, p. 590. — Cœur forcé, *Seitz*, p. 592. — Méningite cérébro-spinale, *Smith*, p. 594. — Anémie saturnine, *Malassez*, p. 596.
II. **Travaux à consulter :** Ascite huileuse, *Bergeret*, p. 598. — Abcès du larynx, *Stephenson*, p. 598. — Maladie adénoïde, *Southey*, p. 599. — Scarlatine, *Collins*, p. 599. — Albuminurie latente, *Guéneau de Mussy*, p. 600. — Clinique, *Immermann*, p. 601. — Pleu-

résie, *Johnson*, p. 601. — Maladies du rein, *Finlayson*, p. 602. — Maladie du cœur dans la grossesse, *Sée*, p. 603.— Symphise cardiaque, *Galvagni*, p. 603. — Grippe, *Malcorps*, p. 605. — Endocardite ulcéreuse, *Kelsch*, p. 606. — Typhus, *Zuelzer*, p. 606. — Hémophylie, *W. Legg*, p. 607. — Ictère, *Immermann*, p. 607. — Paralysies dans la méningite, *Rendu*, p. 608. — Atrophie de la face, *Emminghaus*, p. 609. — **Observations de maladies du système nerveux :** *Gombault*, 609 ; *Lockhart-Clarke*, 611 ; *Eickhorst*, 613 ; *Raymond, Charcot, Shapter*, p. 614 ; *Troisier*, p. 615 ; *Vincent, Schüppel*, p. 618 ; *Bourneville, Delacroix*, p. 620 ; *Meynert, Ebstein*, p. 621 ; *Anstie*, p. 622 ; *Bærwinkel*, p. 623 ; *Polaillon*, p. 624 ; *Eulenburg*, p. 625 ; *Landouzy, Putnam*, p. 626 ; *Scholz, Ollivier, Millerford*, p. 627 ; *Lépine*, p. 628 ; *Laveran*, p. 629.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. **Analyses :** Diagnostic du sexe du fœtus, *Ford*, p. 630.

II. **Travaux à consulter :** Rétention d'urine par tumeurs utérines, *Hardie*, p. 631. — Ovariotomie, *Spencer Wells*, p. 632 ; *Smith*, p. 633. — Dilatation du col, *Olshausen*, p. 633. — Insertion vicieuse du placenta, *Duncan*, p. 634. — Ostéomalacie, *Henning*, 635, — Irrégularité des contractions, *Lusk*, p. 636. — Grossesses triples, *Puech*, p. 637.— Rétrécissements du bassin, *Macdonald*, p. 638. — Opération césarienne, *Williglh, Kob, Gürtler*, p. 639. — Anesthésie obstétricale, *Campbell*, p. 640. — Chloral en obstétrique, *Playfair*, p. 641. — Diagnostic de la mort du fœtus, *Viani*, 642. — Hémorrhagies du nombril, *Puech*, p. 642.

MALADIES DES ENFANTS.

I. **Analyses :** Scléréme, *Clementowsky*, p. 643. — Tubercules du cerveau, *Fleichtmann*, p. 645.

II. **Travaux à consulter :** Pemphigus, *Koch*, p. 650. — Pneumonie, *Stephenson*, p. 650. — Crachats de la coqueluche, *Henke*, p. 651. — Poids des nouveau-nés, *Kezmarszky*, p. 651, *Thaon*, p. 652. — **Observations diverses :** *Valenta*, p. 653 ; *Fite, Nüscheler*, p. 654.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

I. **Analyses :** Maladies de la peau, *Hebra*, p. 655. — Psoriasis buccal, *Debove*, 656.

II. **Travaux à consulter :** Maladies de la peau, *Duckworth*, p. 658. — Mycosis fongoïde, *Demange*, p. 659. — Herpès circiné, *Cane*, p. 660. — Lupus, *Kleinhans*, p. 661. — Furoncles, *Kochmann*, p. 661. — Altérations du sympathique dans la syphilis, *Petrow*,

p. 662. — Cachexie syphilitique, *Lane*, p. 663. — Chancres du col utérin, *Schwartz*, p. 665. — Sources d'infection syphilitique, *Hyde*, p. 665. — Hématocèle due à la blennorrhagie, *Chrobak*, p. 666. — Blennorrhagie, *Fenger*, p. 666. — **Observations diverses :** *Wynne-Fort*, *Sevestre*, p. 667; *Russell*, p. 668; *Libermann*, p. 670.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. **Analyses :** Alcoolisme, *Magnan*, p. 671. — Idiotie, *Ireland*, p. 673.

II. **Travaux à consulter :** Etat crétinoïde, *Gull*, p. 675. — Idiotie, *Down*, 676. — Cas de folie, *Köster*, p. 676. — Influence du moral sur le système nerveux, *Védie*, p. 677. — Conditions météorologiques pour les aliénés, *Binet*, p. 678. — Cerveau des aliénés, *Ripping*, p. 678; *Batty-Tuke*, p. 679. — Lypémanie stupide, *Cullerre*, p. 679. — Hémorrhagie extra-méningée, *Christian*, p. 680.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

I. **Analyses :** Rapport sur une tresse de cheveux coupée, *Œsterlen*, p. 680.

II. **Travaux à consulter :** Danger de mort par blessures, *Florin*, p. 682. — Chloroforme employé pour les crimes, *Dolbeau*, p. 683. — Crime d'incendie, *Krafft-Ebing*, p. 684. — Examen du sang, *Bertholet*, p. 685. — Toxicologie, *Rabuteau*, p. 685. — Acide phénique, *Jacquemin*, p. 686. — Intoxication cuivreuse, *Bailly*, p. 687. — Venin de serpent, *Richards*, p. 688. — **Observations d'empoisonnements** : *Macdonald*, p. 689; *Buckley*, *Johnson*, p. 690; *Curchsmann*, p 691; *Levinstein*, *Krönlein*, p. 692; *Linstow*, p. 693.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

I. **Analyses** : Anévrysme traité par la galvano-puncture, *Bastian*, p. 695; *Brown*, p. 697. — Bains dans les maladies de poitrine, *Souplet*, p. 698. — Apomorphine, *Bourgeois*, p. 699. — Hygiène des hôpitaux, *Bouchardat*, p. 701.

II. **Travaux à consulter :** Eucalyptus, *Burdel*, p. 704. — Début du diabète, *Folet*, p. 704. — Guarana, *Macdowal*, p. 705. — Chlorate de potasse dans la dyssenterie, *Mead*, p. 705. — Kamala, tœnifuge, p. 706; injection d'eau dans l'intestin, *Mosler*, p. 705. — Traitement du cancer utérin, *Schrœder*, p. 707. — Digitale, *Anstie*, p. 707. — Propylamine, *Namias*, p. 708. — Traitement des cavernes pulmonaires, *Mosler*, p. 709. — Ergot de seigle, *Denham*, p. 709. — Appareil pneumatique pour les maladies de poitrine, *Waldenburg*, *Cube*, p. 710. — Injections d'ergotine, *Drasche*, p. 712. — Action de l'eau sur

le plomb, *Bobierre*, p. 712 ; *Belgrand*, *Besnou*, *Balard*, p. 717 ; *Marais*, *Fordos*, p. 714. — Population de Paris, *Chevallier*, *Lagneau*, p. 715. — Expédition de la côte d'Or, *Colin*, p. 716. — Epidémie d'ophthalmies purulentes, *Parisot*, p. 717. — Isolement des maladies infectieuses, *Colin*, p. 718.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. **Analyses :** Influences nosocomiales, *Erichsen*, *Prescott Hewett*, p. 719. — Compression de l'aorte pour anévrysme, *Greenhow*, p. 724.

II. **Travaux à consulter :** Maladies de l'anus, *Esmarch*, p. 725. — Chirurgie pratique, *Norris*, p. 726. — Nécrose phosphorée, *Jagu*, p. 727 ; *Société de chirurgie*, p. 728. — Pus bleu, *Duncan Gibb*, p. 733 ; *Longuet*, p. 730. — Luxations dans la fièvre typhoïde, *Güterbock*, p. 731. — Hémorrhagies dentaires, *Moreau*, p. 732. — Tumeurs hydatiques, *Hansen*, p. 732. — Plaie du nerf cubital, *Callender*, p. 733. — Otorrhagie traumatique, *Le Bail*, p. 733. — Suppuration péripleurétique, *Bartels*, p. 735. — Anévrysmes, *Roser*, p. 735. — **Observations diverses :** *Annandale*, p. 735 ; *Devalz*, *Weichselbaum*, p. 736 ; *Mac Donnel*, p. 737 ; *Onimus*, p. 738 ; *Agnew*, p. 739 ; *Hulme*, *Florschütz*, p. 740.

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

I. **Analyses :** Echange des liquides dans l'œil, *Leber*, p. 742. — Chiasma des nerfs optiques, *Mandelstamm*, p. 745. — Troubles vaso-moteurs de l'œil, *Nagel*, p. 748.

II. **Travaux à consulter :** Maladies de l'orbite, *Macnaugton Jones*, p. 750. — Paralysies oculaires, *Cuignet*, 750. — Apoplexies du corps vitré, *Daguenet*, p. 751. — Tissu osseux dans la choroïde, *Gemuseus*, p. 751. — Névrite optique, *Schmidt*, 752. — Ophthalmie sympathique, *Warlomont*, *Dransart*, p. 753. — Catarrhe du sac lacrymal, *Romiée*, p. 754. — Myotomie oculaire, *Solomon*, p. 755. — Avancement musculaire, de *Wecker*, p. 756. — Dépôts pupillaires, *Bowman*, p. 757. — Trépanation de l'œil, *Cuignet*, p. 757. — Déviation musculaire, *Cowell*, p. 758. — Entropion, *Cywinski*, p. 758. — Courants dans les maladies des yeux, *Driver*, p. 759. — Instruments, *Warlomont*, p. 760. — Maladie de Ménière, *Charcot*, p. 760. — Rétrécissements du méat auditif, *Oglesby*, p. 761. — Opération sur le tympan, *Voltolini*, p. 762. — **Observations diverses :** *Watson*, *Robertson*, *Julliard*, p. 763 ; *Perls*, de *Wecker*, p. 764.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. **Analyses :** Pratique hospitalière, *Callender*, p. 765. — Rôle du pouce, *Huguier*, p. 767. — Opérations sur le pied, *Hancock*, p, 769. — Section du nerf buccal, *Panas*, p. 771.

II. **Travaux à consulter :** Accidents du chloroforme, *Schuppert*, *Gérard*, p 772 ; *Heiberg*, p. 773. — Transfusion, *Awater*, *Gesellius*, *Solger*, p. 774 ; *Landois*, p. 775 ; *Kalischer*, *Hasse*,

776; *Schliep*, p. 777. — Rétrécissements du larynx, *Schrœtter*, p. 778. — Télangectiasie, *Cruwell*, p. 778. — Ostopériostites, *Ollier*, *Poncet*, p. 779. Médecine opératoire, *Malgaigne*, p. 779. — Fractures du fémur, *Johnson*, p. 780. — Méthode d'Esmarch, *Langenbeck*, p. 781. — Abcès du cerveau, p. 781. — Injections d'acide phénique, *Hütter*, p. 782. — Résection du coccyx *Verneuil*, p. 783. — Excision de la glande thyroïde, *Watson*, p. 783; *Michel*, p. 784. — Cancers de la langue, *Billroth*, p. 784. — Galvanocaustie, *Legros*, *Onimus*, p. 785. — **Observations diverses** : *Cameron*, p. 786; *Brusque*, *Dolbeau*, p. 787; *Venot*, p. 789.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

I. **Analyses :** Service de santé militaire, *Morache*, 790; *Hasenkampf*, 792.

II. **Travaux à consulter :** Statistique médicale de l'armée italienne, p. 794.— Mortalité dans l'armée russe, p. 795. — Rapport médical sur l'armée anglaise, p. 796. — Goître épidémique des soldats, *Michaud*, p. 796. — Alcool en campagne, *Arnould*, p. 797. — Viande de la troupe, *Bryon*, p. 797. — Pavillons pour les hôpitaux, *Riese*, p. 798. — Villas sanitaires, *Cabrol*, p. 798. — Conservation des substances alimentaires, *Perl*, p. 799. — Recrutement en Corse, *Costa*, p. 800. — Raideur cadavérique sur les champs de bataille, *Falk*, p. 800. — Appareils pour fractures par armes à feu, p. 801. — Fractures par le Chassepot, *Busch*, p. 802.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 803.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

ANALYSES

Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nervensystem. — 1. Theil. Anatomische Einleitung, mit 130 Holzschnitten (Pathologie générale des maladies du système nerveux. — 1re partie. Introduction anatomique avec 130 figures), par le Dr HUGUENIN. (*Zürich*, 1873) (1).

Ce premier volume, divisé en huit chapitres, est consacré à l'anatomie du système cérébro-spinal ; il renferme 130 figures qui permettent de suivre facilement toutes les descriptions. Le premier chapitre résume l'embryogénie de l'encéphale. Trois vésicules primitives situées au-devant du canal vertébral concourent à sa formation. La première vésicule se dédouble et la portion antérieure, se segmentant elle-même, forme deux vésicules secondaires qui donnent naissance aux hémisphères cérébraux, aux deux noyaux du corps strié, à la voûte et au corps calleux. La seconde portion de la vésicule primordiale fournit les couches optiques, les tubercules mamillaires, l'infundibulum, la lame perforée antérieure. La seconde vésicule primitive produit les tubercules quadrijumeaux et la totalité du pédoncule cérébral (base, bonnet et pédoncule cérébelleux antérieur). La troisième vésicule primitive se divise en deux segments, dont l'un devient le cervelet et l'autre la moelle

(1) Cette analyse est faite d'après une traduction française due au Dr A. Forel.

allongée. Le mode et la date d'apparition de chacune de ces parties sont successivement examinés. Le développement de la moelle épinière se fait parallèlement à celui de l'encéphale.

Dans le second chapitre, le professeur Huguenin indique, d'une manière générale, les rapports réciproques entre les portions grises ou centres ganglionnaires et les parties blanches ou fibres nerveuses. Suivant la marche adoptée par Meynert, l'auteur part des hémisphères cérébraux pour aboutir à la moelle. Les portions grises se divisent en quatre groupes distincts : 1° la couche corticale; 2° les grands ganglions cérébraux (les noyaux caudé et lenticulaire du corps strié, les couches optiques et les tubercules quadrijumeaux); 3° la substance grise centrale des cavités, où résident les noyaux d'origine des nerfs, et qui comprend la substance grise de la moelle épinière, celle du quatrième ventricule et celle qui entoure l'aqueduc de Sylvius et le troisième ventricule; 4° la substance grise du cervelet et de ses annexes.

Ces différentes masses ganglionnaires sont mises en relation les unes avec les autres par deux systèmes de fibres : 1° le système d'association composé de faisceaux qui unissent entre elles des portions de substance grise d'un même groupe; 2° le système de projection composé de faisceaux qui unissent entre eux les différents groupes de substance grise et qui aboutissent aux muscles et à la périphérie sensible.

Le système de projection, dans son ensemble, comprend : 1° le système de projection de premier ordre qui réunit la substance corticale aux grands ganglions cérébraux; 2° le système de projection de second ordre qui réunit ces derniers à la substance grise centrale des cavités; 3° le système de projection de troisième ordre qui comprend les nerfs périphériques sensibles et moteurs.

Le cervelet forme un système à part qui vient compliquer celui du cerveau dans la région du pont de Varole et du bulbe rachidien.

Le système de projection dans son entier est encore divisé en deux grands faisceaux de fibres parallèles, ayant un parcours distinct dans le pédoncule. L'un, servant aux actes volontaires, comprend les fibres du pédoncule, venant des deux noyaux du corps strié; l'autre est la masse qui se trouve entre le pied du pédoncule et les tubercules quadrijumeaux, c'est le bonnet ou *haube*. Ces fibres viennent surtout des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux; elles entourent le pédoncule cérébelleux antérieur et se continuent dans la moelle allongée en conservant leur direction; elles sont considérées par Meynert comme servant aux actions réflexes compliquées (actes inconscients).

Dans le troisième chapitre l'auteur, s'appuyant sur les travaux de Gratiolet, Huxley, Owen, Ecker, etc., établit et compare la conformation extérieure du cerveau chez l'homme et les mammifères (chauve-souris, taupe, lapin, renard, panthère, éléphant, singe, etc.).

Des figures représentant le cerveau de différents animaux donnent une bonne idée de la distribution et du nombre des circonvolutions et des sillons qui les séparent. Le renard possède quatre circonvolutions primitives concentriques autour de la fosse de Sylvius ; l'homme et le singe n'en ont que trois. La fissure transversale du milieu des hémisphères ou sillon de Rolando ne se rencontre que chez l'homme, les singes supérieurs et l'éléphant; un deuxième sillon transversal postérieur ne se rencontre que chez l'homme et les singes supérieurs. Chez les mammifères dont l'odorat est très-développé, la circonvolution de l'ourlet, renflée en avant, forme l'extrémité antérieure des hémisphères ou lobes olfactifs et porte les bulbes olfactifs. L'auteur note, en passant, que le bulbe et non le lobe olfactif préside à l'olfaction; le lobe olfactif ne s'atrophie pas quand on extirpe le bulbe olfactif à de jeunes lapins, c'est simplement une partie de la base des hémisphères. Derrière le lobe olfactif existe une fente transversale, *sulcus cruciatus,* que l'on ne doit pas confondre avec le sillon de Rolando, chez l'homme.

Dans le chapitre IV se trouvent indiqués la situation et les rapports réciproques des différents centres ganglionnaires. Les fibres corticales de projection des noyaux caudé et lenticulaire viennent surtout des lobes frontal et pariétal ; il en est de même pour les couches optiques, à l'exception du pulvinar (centre postérieur de Luys). L'auteur étudie ensuite le système d'association entre les diverses parties de l'écorce, le corps calleux, la commissure antérieure, la voûte et la corne d'Ammon.

Des corps genouillés interne et externe partent des faisceaux de fibres allant dans la couche corticale du lobe occipital; l'auteur croit avec Gratiolet et Meynert qu'il y a là un centre optique. Du lobe occipital part encore un faisceau qui, passant derrière la partie postérieure du noyau lenticulaire, se recourbe et va rejoindre le pied du pédoncule, dont il forme un faisceau extérieur considéré comme un faisceau de fibres sensibles.

Une opinion différente de celle de Kölliker et de Wagner est émise ici sur la composition de la capsule interne, qui serait formée en dehors des faisceaux venant du pédoncule par des fibres qui iraient directement de l'écorce des hémisphères au pied du pédoncule sans être interrompues par les cellules des grands ganglions. Cette disposition serait démontrée, d'après l'auteur, par l'atrophie d'une partie des fibres à la suite de l'extirpation partielle du lobe frontal (Fritsch et Hitzig, Gudden); par les expériences de Fritsch et Hitzig montrant l'action directe du lobe frontal sur les muscles ; par les coupes microscopiques laissant voir des fibres allant sans interruption de la couronne radiée au pied du pédoncule.

Le Dr Huguenin décrit encore l'anse pédonculaire de Gratiolet ou substance innominée de Reil, sous-jacente au noyau lenticulaire, puis le bonnet du pédoncule (*haube*), les tubercules qua-

drijumeaux et les tractus optiques qui réunissent les couches optiques et les corps genouillés ; l'auteur indique enfin les différences offertes par ces dernières parties dans la série animale, différences qui ont été signalées par A. Forel dans un travail déjà analysé dans la *Revue*, t. II, p. 1.

Dans le chapitre V est étudié, d'après une série de coupes transversales et verticales, le système de projection de deuxième ordre et plus particulièrement le trajet des fibres des tubercules quadrijumeaux à la moelle épinière. De ces recherches il résulte que les cordons antéro-latéraux de la moelle viennent : 1° des faisceaux presque entiers des pyramides, qui sont la continuation de la base du pédoncule cérébral ; 2° des fibres des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux contenues dans le bonnet du pédoncule, ainsi que d'un petit faisceau du pied du pédoncule qui s'unit à ces fibres ; 3° d'une portion motrice des pédoncules cérébelleux postérieurs (?). Les cordons postérieurs de la moelle viennent : 1° de la portion sensible des pyramides, c'est-à-dire du faisceau occipital placé sur le bord externe de la base du pédoncule cérébral ; 2° des pédoncules cérébelleux postérieurs en tant que représentés par les faisceaux grêles et cunéiformes ; 3° des fibres ascendantes du nerf trijumeau venant de la substance gélatineuse. L'auteur étudie ensuite les noyaux d'origine et les trajets des nerfs crâniens et se trouve amené à discuter des questions difficiles et douteuses de l'anatomie du bulbe et de la protubérance. Dans le sixième et le septième chapitres est étudiée la structure de la moelle épinière et du cervelet, sur laquelle bien des points sont encore en litige ; enfin, le huitième chapitre est consacré à l'histologie des centres nerveux, d'après les travaux principalement de Kölliker, Meynert, Gerlach et Boll. MAGNAN.

Skizze des menschlichen Grosshirnstammes nach seiner Aussenform und seinem inneren Bau (Esquisse de l'anatomie de l'isthme de l'encéphale fondée sur l'étude de sa conformation extérieure et de sa structure), par Théodore MEYNERT. (*Archiv f. Psychiatrie, IV*, 2. *Heft*, *p.* 387.)

Meynert donne, pour ainsi dire, un tableau synoptique des principales dispositions sur lesquelles il a insisté avec plus de détails dans un travail antérieur (*Striker's*, *Lehre von den Geweben*). Ses recherches ont été basées sur la considération des formes extérieures, sur la dissociation des cordons nerveux, sur l'examen des coupes pratiquées sur les centres nerveux. Leur exposition comprend : 1° la description des deux surfaces de section qui séparent l'isthme, d'une part, du cerveau, de l'autre, de la moelle, et celle de

la morphologie de cette région de l'encéphale ; 2° les modifications que l'on observe dans la constitution des coupes intermédiaires successives, modifications qui se traduisent par les différences de conformation extérieure ; 3° l'exposé sommaire des faits établis par la physiologie, et qui permettent de suivre les divers éléments des centres nerveux de la section supérieure de l'isthme à l'inférieure, en passant par les tranches intermédiaires. Nous ne pourrons adopter cet ordre d'une façon rigoureuse, car pour entrer avec l'auteur dans la considération minutieuse des particularités qu'il expose, il faudrait pouvoir accompagner cette analyse des figures schématiques qui facilitent la lecture de cet ouvrage.

L'isthme de l'encéphale se compose de substance grise, dont nous verrons plus tard la distribution, et de faisceaux nerveux ; ceux-ci servent à la transmission des incitations motrices ou sensitives ; d'autres, comme surajoutés, forment le système des expansions cérébelleuses. — On peut considérer, aux pédoncules cérébraux, deux couches : l'une antérieure ou inférieure, le *pied ;* l'autre postéro-supérieure, la *calotte*. Dans le pied des pédoncules, les fibres motrices, non-seulement sont indépendantes des sensitives, situées plus en dehors, et qui s'en distinguent en outre par leur origine différente dans les centres gris et l'absence de connexion qu'elles présentent avec la couche de Sœmmering, mais elles sont comme plongées dans une atmosphère de fibres cérébelleuses. Celles-ci, qui ont la même origine au cerveau que des fibres motrices, s'en séparent au niveau du pont. Aussi, inférieurement à ce point, le cordon antérieur de l'isthme ne comprend plus, jusqu'à la partie inférieure de l'olive, que des fibres motrices antérieures et des fibres sensitives situées plus en arrière et en dehors. Mais dans la seconde moitié du bulbe ce cordon, qui constituait la pyramide, se dissocie ; les fibres externes (centripètes) s'entre-croisent avec leurs congénères pour passer dans le cordon postérieur opposé (entre-croisement supérieur des pyramides) ; les fibres internes ou centrifuges gagnent la partie la plus postérieure du cordon antéro-latéral, du côté opposé de la moelle, et occupent sa face externe. Ces faisceaux, disposés en sautoir, constituent l'entre-croisement inférieur des pyramides qui se fait sans l'interposition de substance grise.

La calotte des pédoncules cérébraux renferme également des fibres motrices qui, placées au-devant de la substance grise du 4e ventricule, forment le ruban (de Reil) ; celui-ci, tirant son origine des tubercules quadrijumeaux, ira former la partie la plus antérieure du cordon antéro-latéral de la moelle ; plus en dedans, et toujours à la calotte des pédoncules, se remarquent des fibres qui tirent leur origine des couches optiques. Ces faisceaux, directement superposés à la substance grise, qui plus loin dans le bulbe et à la moelle formera la corne antérieure, descendent en avant d'elle en la couvrant comme d'une écorce, et vont en dernière analyse former

la portion la plus antérieure des cordons antéro-latéraux. Ainsi se trouve constituée la partie motrice du ruban dont la continuité est interrompue en bas par l'olive : formant en avant des faisceaux qui proviennent de l'entre-croisement inférieur des pyramides le cordon antéro-latéral de la moelle, elle prend naissance aux couches optiques et aux tubercules quadrijumeaux. — Quant à la partie sensitive du ruban, elle naît de la valvule de Vieussens, se place en arrière des précédentes, et dès qu'elle a croisé la racine ascendante de la 5e paire, elle vient se ranger en avant de la corne postérieure où elle reste définitivement fixée.

Résumant donc l'origine du faisceau antéro-latéral de la moelle, on le voit se former de deux couches, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui restent superposées au pédoncule cérébral où elles sont placées, l'une dans le pied, l'autre dans la calotte ; au pont, où elles sont séparées par les fibres profondes du pédoncule cérébelleux moyen ; et cet isolement n'est détruit qu'au niveau de l'entre-croisement des pyramides.

Les fibres émanées du cervelet sont les pédoncules cérébelleux supérieurs dont l'entre-croisement est recouvert par l'origine du ruban. — Les pédoncules cérébelleux moyens mettent chaque moitié du cervelet en rapport avec le pédoncule cérébral opposé par des fibres arciformes partant du cervelet, traversant la ligne médiane du pont dans sa partie superficielle, s'enfonçant dans le faisceau antéro-latéral du côté opposé, en ressortant ensuite pour revenir vers leur point de départ, mais par la couche profonde des fibres transversales du pont. Ces connexions entre une moitié du cerveau et la moitié opposée du cervelet, démontrées surtout à l'auteur par la pathologie, se feraient par l'intermédiaire de cellules ganglionnaires nombreuses. Il y aurait à ce niveau une diminution considérable du nombre des fibres des pédoncules, dont une partie gagnerait le cervelet ; les pédoncules moyens du cervelet contiendraient aussi de véritables fibres commissurantes. Le pédoncule cérébelleux supérieur constitue le corps restiforme ; celui-ci est épuisé bientôt par le départ de deux ordres de fibres : les unes, fibres arciformes, recouvrent la surface latérale du bulbe d'une couche plus ou moins épaisse ; les autres partent du corps restiforme, et, décrivant un trajet courbe, vont traverser l'olive correspondante sans s'y arrêter, croiser la ligne médiane dans ou derrière les pyramides, se mettre en rapport intime avec l'olive opposée, et de là passer dans le cordon postérieur de la moelle. Ainsi, ce dernier se trouverait formé aux dépens du corps rectiforme opposé ; il tirerait donc son origine en partie de la moitié opposée du cervelet par l'intermédiaire du corps rectiforme opposé et de l'olive correspondante, et ce fait expliquerait son accroissement graduel de volume correspondant à la diminution simultanée du corps restiforme.

Il nous reste à mentionner brièvement la formation de la subs-

tance grise de la moelle et de ses cornes, ainsi que du canal central. — Le développement des cordons postérieurs vient fermer en arrière le 4e ventricule. Le noyau de l'hypoglosse forme les rudiments de la corne antérieure ; le noyau postérieur du pneumogastrique donne naissance au trigone cervical ; la racine de la 5e paire à la substance gélatineuse et à la tête de la corne postérieure ; enfin, le noyau antérieur du pneumogastrique représente la saillie latérale de la corne antérieure.

Enfin, pour résumer cette disposition tout entière, et l'origine et la terminaison des différents faisceaux de la moelle, Meynert s'exprime ainsi (p. 408) :

« Le cordon postéro-latéral, dans la partie qui sépare les cornes postérieures, est formé de faisceaux que le corps restiforme tire du cervelet, et d'autres venant, par l'intermédiaire des pyramides, de la partie externe des pédoncules cérébraux où les envoie directement l'écorce des circonvolutions occipitales et sphénoïdales. La partie située en avant de la corne vient du cervelet : c'est le faisceau postérieur du ruban. Cordon antéro-latéral : une partie postérieure qui apparaît en dehors, à la surface de la moelle, et se continue probablement en avant de la partie postérieure du ruban sur la corne postérieure, vient du corps strié et du noyau lenticulaire. Si l'on divise la coupe du cordon antérieur dans toute sa partie interne, par une ligne concentrique à la surface de la moelle aboutissant à la scissure médiane antérieure, on aura d'abord un revêtement immédiat de la corne antérieure par la partie profonde du faisceau antéro-latéral : ce sont les faisceaux qui viennent des couches optiques. La zone concentrique superficielle du cordon qui revêt immédiatement la première et médiatement la corne antérieure, fait suite aux fibres émanant des tubercules quadrijumeaux; c'est la portion du ruban qui, au pont, enveloppe le pédoncule cérébelleux superieur. PAUL BERGER.

Considérations anatomiques et pathologiques sur le faisceau postérieur de la moelle épinière, par M. PIERRET. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n*° 5.)

L'auteur se propose d'exposer comment il comprend l'agencement des fibres postérieures de la moelle, en s'appuyant sur l'embryologie, sur l'anatomie normale et sur l'anatomie pathologique.

Avec Kölliker, Bidder, Kuffer et Clarke, l'auteur a vu que sur la moelle d'un embryon de six à sept semaines, les racines postérieures se rendaient dans des îlots de substance blanche, qu'on peut appeler les *zones radiculaires*.

En avant, elles sont contiguës à la substance embryonnaire du *caput cornu posterioris*.

Les zones radiculaires sont séparées par une petite bandelette de substance grise qui sera plus tard la commissure postérieure.

Vers la huitième ou la neuvième semaine, on trouve entre les zones radiculaires deux faisceaux qui deviendront *les cordons grêles*, *le faisceau médian des cordons postérieures*, *le cordon de Goll*, etc. Ces deux faisceaux sont séparés l'un de l'autre par le sillon médian postérieur, et des zones radiculaires par un petit sillon. Ces deux faisceaux sont adossés à la partie qui sera plus tard la commissure grise postérieure d'où ils semblent bourgeonner.

Les faisceaux postérieurs se trouvent ainsi constitués par les deux zones radiculaires auxquelles sont venus s'adjoindre les cordons grêles dont nous venons de parler.

Ces particularités se voient d'abord à la région cervicale, un peu plus tard à la région dorsale. A la région lombaire le cordon de Goll est toujours très-petit. Dans la suite, aux régions lombaire et dorsale, toute ligne de démarcation disparaît entre le faisceau de Goll et les faisceaux radiculaires, mais à la région cervicale on trouve toujours entre eux le sillon intermédiaire.

Blainville, Foville, Leuret et Gratiolet ont reconnu l'existence du cordon médian et l'idée de fibres commissurales est admise par les physiologistes, et de la façon la plus positive par Vulpian, qui assigne même leur place aux fibres commissurales et aux fibres radiculaires.

Les coupes longitudinales pratiquées un peu en arrière de la commissure grise postérieure montrent que les fibres du cordon médian sont verticales et parallèles, et que celles des faisceaux radiculaires sont obliques, enchevêtrées et paraissent toujours avoir une destination peu éloignée. Le faisceau des fibres radiculaires présente, du reste, un volume en rapport avec celui des racines qui lui donnent naissance ; aussi, à la région lombaire, recouvre-t-il le faisceau médian qui est très-grêle.

Par des coupes verticales et perpendiculaires à la commissure grise on voit que les fibres du faisceau médian pénètrent à diverses hauteurs au milieu des éléments de la commissure.

On voit, en outre, des fibres du faisceau médian aller dans les colonnes vésiculaires de Clarke par leur côté interne, particularité que l'on ne peut rencontrer pour celles des zones radiculaires, de sorte que l'on est conduit à regarder les colonnes vésiculaires de Clarke comme ayant des relations intimes avec le faisceau médian postérieur. Mais, comme il semble établi que des fibres radiculaires internes pénètrent dans les colonnes de Clarke, après avoir contourné leur côté externe, celles-ci pourraient bien, selon l'hy-

pothèse de Van Deen, jouer un rôle dans la transmission des impressions sensitives.

Au bulbe, le faisceau médian aboutit aux amas ganglionnaires connus sous le nom de pyramides postérieures.

L'étude des dégénérations ascendantes dans les cas de compression de la moelle épinière et dans les cas d'ataxie locomotrice donne aussi des renseignements sur la distribution des fibres du cordon médian. Une compression de la région lombaire donne lieu à une dégénération qui remonte dans toute la hauteur de la moelle, mais qui devient tout à fait superficielle aux régions dorsale et cervicale, tandis qu'une compression de la région dorsale moyenne donne lieu à une sclérose qui envahit toute l'épaisseur du cordon cunéiforme et parfois même s'étend à la commissure grise. On peut en conclure : 1° que, dans le cordon de Goll, les fibres commissurales les plus longues sont les plus superficielles ; 2° que des fibres commissurales naissent de la substance grise dans toute sa hauteur.

Ajoutons que le cordon de Goll peut être atteint de sclérose primitivement et isolément, et que dans certains cas d'ataxie locomotrice, il peut être respecté, la sclérose restant systématiquement limitée aux faisceaux radiculaires externes. En outre, les symptômes ne sont pas les mêmes lorsque la sclérose atteint le faisceau médian ou les faisceaux radiculaires externes.

Ainsi donc, l'embryologie, l'anatomie comparée, l'anatomie normale et pathologique, ainsi que la clinique nous démontrent l'existence indépendante du faisceau médian.

Ce faisceau est composé de fibres longitudinales commissurales, partant de la commissure grise postérieure et y aboutissant, mais ayant aussi des rapports intimes avec les colonnes vésiculaires de Clarke, et se terminant supérieurement dans le noyau ganglionnaire des pyramides postérieures.

Les faisceaux radiculaires externes n'ont pas de rapports intimes avec le faisceau de Goll ; ils sont formés par les fibres radiculaires internes et aboutissent tous à la substance grise, soit des cornes antérieures, soit des colonnes vésiculaires de Clarke pour la région dorsale.

La différence dans leur structure, l'époque différente de leur apparition chez l'embryon, l'appareil symptomatique spécial à la sclérose de chacun d'eux, doivent faire considérer comme deux organes bien distincts le faisceau médian et les faisceaux radiculaires externes, et faire admettre qu'ils ont chacun des fonctions particulières que l'on peut déjà entrevoir par l'étude des divers travaux relatifs à ce sujet.

A. JOFFROY.

Glandes gastriques chez l'homme et les vertébrés, par Ph.-C. SAPPEY. (*Traité d'anat. descr.*, 2e *edit.*, *IV*, *p.* 175, 1873.)

M. Sappey s'est montré bien modeste en résumant dans son *Traité d'anatomie*, au risque de les voir passer inaperçus, des matériaux suffisants pour édifier un gros mémoire sur les glandes gastriques. Ce mode de publication n'est pas non plus sans inconvénients pour le lecteur, car c'est sans doute au peu de place nécessairement consacré au sujet que nous devons de ne pas connaître le procédé qui a permis à l'auteur de faire ses observations.

M. Sappey s'occupe surtout de la disposition et de la distribution des glandes gastriques. Il figure avec soin les diverses formes de glandes *pepsinifères* et *muqueuses* qu'il a rencontrées chez les carnassiers, les pachydermes, les rongeurs, les solipèdes, les ruminants, les oiseaux, les reptiles et enfin chez l'homme. Si la plupart du temps il n'est arrivé qu'à vérifier des faits déjà connus, comme par exemple ceux qui se rapportent aux glandes pepsiques des oiseaux (Leydig, trad. fr.; Bergmann cité par Stein *in Stricker*), il n'en est pas moins vrai que sur plusieurs points il donne des conclusions entièrement nouvelles que l'on retrouvera facilement au milieu du résumé suivant :

Tous les vertébrés possèdent deux espèces de glandes gastriques : *pepsinifères, muqueuses*. Chacune des deux espèces se cantonne dans une région spéciale de l'estomac ; cela est surtout visible chez les oiseaux où le gésier renferme les glandes muqueuses, et le ventricule succenturié les glandes pepsinifères. Dans les trois autres classes, la région pylorique, sur une étendue variable, appartient aux glandes muqueuses qui quelquefois s'étendent sur la petite courbure et gagnent le pourtour du cardia (rongeurs, carnassiers, solipèdes) et même le fond de l'extrémité splénique (pachydermes).

« Chez tous les vertébrés, les glandes gastriques appartiennent à la classe des glandes en tube composées. Celles qui occupent la partie moyenne de l'estomac, considérées jusqu'à présent comme des tubes simples, sont au contraire, les plus ramifiées ; ce sont aussi les plus longues. »

L'estomac de l'homme contient plus de cinq millions de glandes, toutes composées. Les glandes muqueuses y sont cantonnées près du pylore dans les 4 ou 5 derniers centimètres de l'organe ; elles y occupent par conséquent une surface relativement moindre que chez tous les autres animaux. Les glandes pepsinifères sont donc

incomparablement les plus nombreuses ; leur canal excréteur, en pénétrant dans la muqueuse, se divise en 2 ou 3 branches en général bifurquées elles-mêmes à leur tour, de manière à former le plus souvent 4 à 6 branches secondaires (quelque fois 3 à 14) qui s'enfoncent parallèlement dans la profondeur, et, chemin faisant, se chargent de bosselures ou d'ampoules latérales jusqu'au cul-de-sac terminal. Les ampoules sont plus nombreuses sur les glandes pourvues d'un petit nombre de branches de division du canal excréteur. La variété de forme, suivant les régions de l'estomac, est un attribut caractéristique des glandes pepsinifères de l'homme puisque chez les autres vertébrés, « chaque classe, chaque ordre, chaque genre, chaque espèce a les glandes pepsinifères construites sur le même type. » Il en serait de même pour les glandes muqueuses.

Les glandes gastriques pepsinifères de l'homme s'altèrent fréquemment, contrairement à ce qui a lieu chez les animaux. « Leurs lésions, à peine connues, mériteraient de fixer l'attention des pathologistes. » Pour Sappey, les prétendus follicules clos de la muqueuse gastrique ne sont que des kystes glandulaires.

Les glandes muqueuses de l'homme sont aussi des glandes en tube composées. Mais les nombreux culs-de-sacs qui terminent les branches parallèles peu nombreuses de leur canal excréteur et se logent dans la couche musculaire de la muqueuse leur donnent un aspect de glandes en grappe bien différent de celui des glandes pepsinifères dont les culs-de-sacs sont échelonnés sur les tubes au lieu d'être agglomérés.

La conclusion principale du travail de Sappey est donc, comme on l'a vu déjà : Il n'y a pas de glandes en tube simples dans l'estomac des vertébrés.

L.-H. FARABEUF.

TRAVAUX A CONSULTER.

Einige Untersuchungen über das Verhalten der Nerven in den Pacinischen Körperchen, den quergestreiften Muskeln und den sympathischen Ganglien (Recherches sur l'état des nerfs dans les corpuscules de Pacini, dans les muscles striés et dans les ganglions sympathiques), par le Dr Albrecht BUDGE. (*Centralbl.*, 1873, nº 38.)

L'auteur a examiné les corpuscules de Pacini sur le méso-colon du chat (coupes longitudinales et coupes transversales). Les coupes ont été faites suivant la méthode de Flemming et colorées les unes avec l'acide picrique et le carmin, les autres avec le chlorure de palladium.

La masse centrale se distingue alors très-bien de ses enveloppes cellulaires, elle se colore en jaune et le tissu cellulaire en rouge.

A) *Coupes transversales.* Sur une coupe qui a rencontré l'extrémité d'un corpuscule on voit au centre la coupe de plusieurs fibres nerveuses, rarement d'une seule ; ces fibres dépourvues de myéline. Elles sont rondes, à bords bien limités, et montrent à l'intérieur de petits points noirs que l'auteur croit être des cylindres d'axe sectionnés. Tout autour de ces nerfs l'on voit des cellules entre lesquelles pénètre la coupe de fibres fines sans myéline. Dans quelques cas l'on voit au même point des ramifications de fibres nerveuses. M. Budge put même rencontrer des coupes de fibres nerveuses dans l'épaisseur de l'enveloppe cellulaire.

B) *Coupes longitudinales.* Aspect analogue.

La fibre nerveuse se gonfle en massue à son extrémité, phénomène qui s'explique par l'écartement des fibrilles. Celles-ci contournent les cellules déjà mentionnées, s'accolent de nouveau et se ramifient une deuxième fois. De là résulte un réseau qui enveloppe plus ou moins complétement ces cellules.

On arrive aux mêmes résultats en traitant pendant deux jours par le chromate d'ammoniaque, puis une goutte d'eau de Javel, enfin on colore par le chlorure de palladium 1/500e, puis glycérine.

Pour les *muscles* on voit aussi (eau de Javel ; chlorure de palladium et de potassium 1/500e) apparaître ces amas de cellules que l'on voyait entrer dans les cylindres nerveux sans myéline, lesquels formaient également le réseau terminal. Il ne faut pas confondre ces réseaux avec ceux que Gerlack a découverts dans les muscles.

Mêmes résultats pour les ganglions du grand sympathique.

H. CHOUPPE.

Ueber das Verhalten der Nerven in die quergestreiften Muskelfäden der Wirbelthiere (De la terminaison des nerfs dans les fibres musculaires striées chez les vertebrés), par le prof. GERLACH. (*Sitzungsberichte der phys. med. Soc. in Erlangen.*)

Gerlach insiste sur la difficulté et l'importance de la technique histologique pour l'étude de cette question si controversée. D'après lui, le muscle ne présente les propriétés nécessaires à une bonne imprégnation d'or que pendant une période très-courte, qui se montre chez la grenouille de 8 à 10 heures, chez les animaux à sang chaud de 2 à 3 heures après la mort.

Le muscle trop frais et encore contractile ne se colore pas ; dès que la rigidité cadavérique a commencé la coloration est diffuse, ce n'est qu'au moment où la rigidité va se produire qu'on obtient de bons résultats.

Gerlach a étudié ainsi les muscles de la grenouille, du chien et du bœuf.

Après une immersion de 10 à 12 heures dans la solution de chlorure d'or et de potasse, il a vu la substance striée des fibres musculaires, plus ou moins loin de l'entrée du nerf, parsemée de points rougeâtres et ne présentant à ce niveau ni stries transversales, ni noyaux musculaires.

Ces points colorés, arrondis ou ovalaires, paraissent à peu près régulièrement disposés, le plus souvent en séries longitudinales.

Quant aux nerfs, Gerlach les a vus pénétrer à l'intérieur du sarcolemme en abandonnant leur moelle et s'y diviser presque aussitôt dichotomiquement, pour former un réseau de tubes nerveux à mailles allongées qui parcourt toute la substance contractile. Tous ces filaments nerveux auraient le même diamètre malgré leurs nombreuses divisions successives ; ils présentent sur quelques points des noyaux nerveux, mais Gerlach les considère comme rares.

En faisant réagir le cyanure de potassium sur des préparations ainsi colorées, Gerlach dit avoir constaté plusieurs fois très-distinctement une continuation directe des filaments axiles avec les points colorés de la substance musculaire.

On ne peut voir cette disposition que peu de temps, le réactif finissant par décolorer complétement la préparation.

Gerlach admet donc la continuation du nerf avec une partie de la substance contractile.

(Comparer avec l'analyse des opinions récentes sur le même sujet, *Rev. Sc. Méd.*, t. II, p. 513.) EXCHAQUET.

De la présence du noyau de Balbiani dans l'œuf des poissons osseux, comm. de Van BAMBECKE. (*Bull. de la soc. de méd. de Gand, p.* 352.)

L'existence dans l'ovule, à côté de la vésicule germinative, d'une autre vésicule, dite noyau de Balbiani, du nom du savant embryologiste qui l'a découverte, n'est pas admise par tout le monde, et W. His, dans un travail qui vient de paraître, n'en parle pas. L'auteur consigne dans une note les conclusions d'un travail qu'il publiera prochainement : 1° Généralement, le noyau de Balbiani ne se distingue pas sur les œufs examinés à l'état frais ou dans les liquides indifférents, mais on le voit paraître sous l'influence du chlorure d'or, du picrocarmin, et surtout de l'acide acétique. 2° Il existe déjà dans les plus petits ovules. 3° Il est toujours excentrique par rapport à la vésicule germinative et en général très-rapproché de la périphérie de l'œuf. 4° Son volume, constamment inférieur à celui de la vésicule germinative, augmente avec l'âge de l'ovule. 5° Il disparaît avant la maturité de l'œuf, et sa disparition précède, par conséquent, celle de la vésicule germinative. Cette dernière proposition est encore douteuse pour l'auteur. (Voir plus loin le nouveau travail de Balbiani.) J. C.

Ueber die Verschiedenheit in der embryonalen Entwickelung der Nervenzellen (Différence dans le développement embryonnaire des cellules nerveuses), par le Dr Alexis LUBIMOFF, de Moscou. (*Centralblatt*, 1873, *n°* 41.)

L'auteur déduit de ses recherches que les cellules du système sympathique atteignent plus vite leur développement complet que celles du système cérébro-spinal ; et encore parmi celles du système cérébro-spinal, ce sont les cellules de la moelle épinière, et, avant tout, celles des cornes antérieures, qui arrivent le plus vite à leur développement complet.

La rapidité du développement a donc lieu comme l'indique le tableau suivant par ordre décroissant :

1° Cellules nerveuses sympathiques du ganglion de Gasser, du ganglion inférieur du nerf pneumogastrique.

2° Cellules nerveuses sympathiques du ganglion cervical supérieur.

3° Cellules nerveuses de la moelle épinière.

4° Cellules nerveuses du cerveau et du cervelet. H. CH.

Du système lymphatique. Leçons de M. RANVIER, recueillies par le Dr Weber. (*Progrès méd.*, nos 3, 5, 7, 9, 13, 16, 17; *pp.* 25, 51, 73, 99, 145, 181, 206.)

Il est impossible de donner une analyse des leçons de M. Ranvier, car il faudrait entrer dans tous les minutieux détails de technique qui font en grande partie l'objet du cours. Nous croyons cependant devoir donner les principaux résultats de cet enseignement.

C'est ainsi que nous signalerons l'étude des gaînes lymphatiques périvasculaires du mésentère, déjà vues par Rusconi et Milne-Edwards; l'auteur s'est assuré qu'autour de chaque vaisseau il y a un double épithélium, l'un immédiatement sur sa paroi, l'autre un peu plus loin; la gaîne lymphatique du vaisseau est une véritable séreuse, et le vaisseau y est contenu comme l'intestin dans le péritoine, comme le cœur dans le péricarde.

Un autre point important est la découverte des communications qui existent entre la cavité du péritoine et celle de la grande citerne lymphatique de la grenouille ; une préparation spéciale et l'imprégnation au nitrate d'argent de la membrane qui sépare ces deux cavités montrent l'existence d'orifices de communication ; du côté du péritoine, ceux-ci sont bordés par les cellules épithéliales péritonéales dont les noyaux couronnent le bord de la fente ; ces cellules envoient des prolongements dans l'entonnoir creusé ainsi dans la membrane, et ces prolongements forn ent le pourtour de l'orifice à son ouverture dans le sac lymphatique. On peut même voir des éléments lymphatiques engagés dans ces communications entre la séreuse péritonéale et la caverne lymphatique. On doit rapprocher de ces faits les origines des lymphatiques du centre phrénique qui aboutissent à des puits donnant sur la cavité du péritoine ou celle des plèvres. Quant à une communication directe entre les origines des lymphatiques et les interstices du tissu cellulaire, elle doit exister certainement, mais elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

M. Ranvier compare la structure des ganglions à celle du grand épiploon; chez le marsouin surtout, on voit ce dernier organe composé de travées de plus en plus fines, en réseau disposé sur un seul plan, revêtues d'épithélium, contenant des vaisseaux; des masses de cellules lymphatiques, enveloppées d'un réseau sanguin, se montrent dans les travées secondaires. Si l'on suppose un pareil système de travées se coupant dans tous les sens et réunies en une masse, on aura un ganglion lymphatique. En effet, dans un ganglion on trouve une capsule périphérique de tissu conjonctif, d'où part un système de travées formant un réticulum dont la forme change suivant la partie considérée, qui aboutit au hile, et qui est couvert d'un épithélium polygonal. Ces travées limitent d'une part les sinus et conduits lymphatiques qui continuent directement les troncs lymphatiques ; d'autre part, le système des follicules et des cordons folliculaires, déjà décrits dans le *Man. d'histol. path.*, t. II. (Cornil et Ranvier.) J. C.

Della struttura e sviluppo dell' ovaria (De la structure et du développement de l'ovaire, communication préalable), par le Dr G. ROMITI. (*Rivista clinica*, 1873, *n° 2, p.* 48.)

Structure. — Le péritoine, contrairement à ce qu'on a cru, dit l'auteur, jusqu'en ces derniers temps, ne recouvre point l'ovaire, il s'arrête à sa base, de telle façon que cet organe est situé *hors* du sac péritonéal. Le péritoine est remplacé sur l'ovaire par un revêtement épithélial. Cet épithélium se détruit avec la plus grande facilité, et c'est avec l'acide osmique (1/200) qu'on le conserve le mieux; il est cylindrique et son volume varie chez les différents animaux. Les ovaires de fœtus humains de 8 à 9 mois sont les plus propres à cette étude. L'auteur fait remarquer qu'entre les cellules épithéliales de ces ovaires humains il en a observé quelques-unes qui, différentes des autres par la forme et le volume, *avaient déjà l'aspect d'un œuf primordial.*

Quant au processus de formation du follicule de Graaf et de l'œuf et aux autres questions qui s'y rattachent, l'auteur n'apporte aucun fait nouveau, sinon le contrôle par sa propre observation des faits établis par Waldeyer, Koster, van Beneden, Schrön et His.

Développement. — L'ovaire, comme le testicule, se forme, dit l'auteur, aux dépens du feuillet moyen de l'embryon, ou mieux aux dépens de cette portion appelée par Remak *plaque médiane.* C'est là que se développe promptement l'épithélium qui doit recouvrir l'ovaire et former les œufs, et que Waldeyer appelle *épithélium germinal.* Dans cet épithélium l'auteur a vu clairement, dans l'embryon de poulet, au commencement du troisième jour de la couvée, les œufs primordiaux, mais seulement dans cette portion qui deviendra ovaire. Plus tard, en ce qui concerne le développement ultérieur de l'ovaire, l'épithélium s'insinue dans le parenchyme (formation du follicule et de l'œuf *par inflexion de l'épithélium externe,* de Waldeyer), et en même temps se développe le tissu connectif qui forme le stroma de l'organe, et il s'insinue entre les diverses invaginations de l'épithélium.

En ce qui concerne le rapport qui existe entre le corps de Wolff, l'ovaire et le testicule, il existe, dit l'auteur, dans le corps de Wolff deux portions, une interne composée de canaux plus ténus destinés à former les canalicules séminifères, l'autre externe composée de canaux plus grands, qui doit former les conduits rénaux. Dans le testicule, ajoute l'auteur, l'épithélium germinal ne prend pas un grand développement, mais on peut cependant le reconnaître aisément chez l'adulte; les canaux au contraire prennent un développement considérable. Dans l'ovaire on observe tout le contraire. Dans cet organe les canaux restent au niveau du hile sous forme, chez beaucoup d'animaux, *d'époophoron* (Waldeyer), paraovaire des auteurs.

BARÉTY.

Deuxième note. (*Ibid.*)

Aux détails fournis dans la précédente note, l'auteur ajoute que l'œuf primordial ne possède pas de membrane limitante. C'est un amas de protoplasma granuleux avec nucléus et nucléole. D'après ses dernières

observations, il nie absolument la néoproduction de follicules pendant la grossesse. Les grandes cellules qui composent les corps jaunes sont en rapport intime de provenance avec les parois des capillaires.

La « libre formation cellulaire et les éléments du jaune d'œuf, » ainsi que le voudraient His et Kuppfer, ne prennent aucune part à la production des feuillets embryonnaires du nouvel organisme tout entier, aussi bien chez les oiseaux que dans les autres classes de vertébrés. Ne prennent une part active à la formation embryonnaire que les fragments résultant de la segmentation du germe (cellules embryonnaires ou germinales) ; et le jaune d'œuf, quand il existe, leur sert de nourriture et rien de plus. Tous les feuillets proviennent des cellules germinales. Deux facteurs concourent à leur production, et spécialement chez les oiseaux pour le feuillet médian : la propriété de locomotion spontanée qu'ont les cellules germinales, et leur accroissement sur place par division; la première de ces deux causes est la plus puissante.

Arrivant enfin au sujet spécial qu'il se proposait d'étudier particulièrement dans cette deuxième note, l'auteur, après avoir rappelé l'opinion de His et de Waldeyer, expose le résultat de ses propres recherches. Il s'agit de l'origine première du canal de Wolff. Le canal de Wolff, chez le poussin, dit Romiti, se forme grâce à une protrusion de la partie supérieure et externe de la cavité pleuro-péritonéale. Sa première trace se trouve dans la partie supérieure de l'embryon, immédiatement derrière la région cardiaque. De là, le canal se dirige en bas vers l'anus, mais en dehors de la cavité pleuro-péritonéale elle-même, de telle manière que les coupes faites en bas ne le montrent plus en relation avec sa première origine, c'est-à-dire avec les cellules des plaques latérales. La cavité pleuro-peritonéale, dans la région sus-mentionnée, forme deux protrusions creuses, une inférieure et interne vers la ligne médiane (espace péricardique), une autre supérieure et externe. Cette dernière émet un petit appendice dans le tissu voisin ; cet appendice possède dans son intérieur une fissure qui communique directement avec la protrusion supérieure déjà citée.

Telle est la première origine du corps de Wolff, ajoute l'auteur.

Le point dans lequel se fait la protrusion est très-limité, et équivaut à l'épaisseur de deux ou trois coupes microscopiques, aussi échappe-t-il facilement à l'observation.

A. BARÉTY.

Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, par Ch. LEGROS et E. MAGITOT. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *sept.* 1873; *et Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 3 *nov.* 1873.)

On a déjà indiqué le sujet de ce travail et quelques-unes de ses conclusions, d'après une communication faite à la *Société de biologie* (voy. *Rev. des Sc. med.*, t. II, page 520), mais l'importance de cette nouvelle publication nous force à revenir sur des détails qui sont ici exposés d'une manière plus précise et plus complète.

MM. Legros et Magitot montrent, par une série complète de figures, la formation de l'*organe de l'émail* et de l'*organe de l'ivoire*.

Organe de l'émail.— Il provient d'un épaississement épithélial (*rempart maxillaire* de Kollmann) qui se forme sur les ares maxillaires, au niveau de la portion saillante qui répond à la cavité buccale. Par sa partie profonde ce bourrelet donne naissance (vers sa face interne) à une *lame épithéliale* qui va devenir le point de départ de l'organe de l'émail. L'existence de ce bourrelet avait été recherchée sur le bord antérieur ou incisif du maxillaire supérieur des ruminants; on avait cru l'observer en effet en ce point chez la vache et le mouton, fait important en anatomie philosophique, car il indiquerait l'existence de germes de canines et d'incisives supérieures chez ces animaux. Or M. Pietkewickz, qui a repris cette étude, nous apprend, dans une note intéressante annexée au mémoire de MM. Legros et Magitot, que ce qu'on avait pris pour des germes de canines et d'incisives n'est autre chose que l'état embryonnaire de l'organe de Jacobson, dont il a étudié le développement jusqu'à son état complet, tel que l'a décrit Gratiolet. — C'est sur le bord libre de la *lame épithéliale* que se produit un certain nombre de bourgeons représentant les *organes de l'émail* des dents futures (*dents temporaires*). Les changements de volume, de directions et de formes que présentent ces bourgeons sont tels que les ont décrits Kölliker, Waldeyer, Hertz et Kollmann. Signalons seulement ce fait aujourd'hui bien démontré, que parmi les cellules épithéliales qui forment l'organe de l'émail, les unes, périphériques, conservent la forme cylindrique des éléments de la couche de Malpighi, tandis que les *autres, centrales, se transforment en corps étoilés*, composés d'un noyau central, entouré d'une masse transparente ramifiée et anastomosée avec des éléments voisins.

Organe de l'ivoire ou *bulbe dentaire.*— Celui-ci apparaît spontanément au sein du tissu embryonnaire des mâchoires et se loge dans l'organe de l'émail, qu'il refoule en déprimant son extrémité inférieure. Le nouvel organe garde les caractères histologiques du tissu embryonnaire (*embryoplastique*) dans lequel il s'est produit.

Plus tard on voit se détacher, de la base du bulbe, la paroi folliculaire d'aspect membraniforme, qui s'élève autour de ce dernier et arrive à circonscrire les deux organes, pour se clore à la partie supérieure.

Les faits nouveaux relatifs à l'origine des follicules des dents permanentes ont été déjà indiqués dans cette *Revue* (voy. t. II, page 521); MM. Legros et Magitot viennent de plus préciser le mode de formation des follicules des dents qui apparaissent d'emblée ou arrière des dents caduques : aussi la *première molaire permanente* naît d'un cordon épithélial qui prend son origine directement à la lame épithéliale ; la *seconde molaire* provient d'un diverticulum du cordon de la première ; de telle sorte que ces deux dents sont l'une à l'autre comme une dent caduque à une permanente. Quant à la dernière molaire, ou *dent de sagesse*, elle paraît provenir d'une émanation du cordon de la seconde molaire.

Ce mémoire est accompagné d'une étude chronologique de l'apparition des divers follicules. Ici encore les auteurs arrivent à plusieurs résultats nouveaux, parmi lesquels nous devons surtout signaler ce fait, que l'évolution est au même degré aux deux mâchoires ainsi que pour tous les follicules de la première dentition. Il en est de même pour les bourgeons des dents de remplacement ; mais l'époque de l'apparition des follicules des molaires est très-tardive, et diffère pour chaque dent : elle a lieu au troisième mois de la naissance pour la deuxième molaire permanente,

vers la troisième, année seulement pour la troisième ou *dent de sagesse*.

M. DUVAL.

Ueber die Anordnung und Wirkung der Musculatur der Harnblase (De la structure et des fonctions de la couche musculeuse de la vessie), par G. JURIÉ; communic. à la Société des médecins de Vienne. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde, n°* 20, 16 *mai* 1873.)

Les conclusions des recherches de Jurié, faites tant sur des vessies de fœtus que sur des vessies d'adultes, sont les suivantes :

La tunique musculeuse de la vessie est formée de trois couches, constituées, l'externe et l'interne par des fibres longitudinales, la moyenne par des fibres transversales ou circulaires.

L'occlusion de l'ouraque se fait dès la vie embryonnaire, par des anses musculaires, les unes antérieures, les autres postérieures, qui partent des fibres longitudinales externes ; elles tirent l'ouraque en avant, le coudent et l'oblitèrent.

L'occlusion des uretères ne se fait pas seulement par l'application, contre leur ouverture, de la valvule formée par la muqueuse ; elle résulte surtout de la contraction des faisceaux musculaires entre lesquels sont compris ces conduits en pénétrant dans la vessie.

L'urèthre est fermé par un sphincter ; celui-ci est constitué par les fibres transversales, dont des anses demi-circulaires descendent en avant et en arrière sur les parois de l'urèthre, et en déterminent la fermeture comme le feraient les cordons d'une bourse.

Ce sphincter a pour antagonistes les fibres longitudinales des deux couches interne et externe, dont les unes descendent jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre, tandis que les autres s'insèrent au bord de la prostate. En se contractant, elles élèvent les parois de l'urèthre, et de cette façon en élargissent l'ouverture.

H. THORENS.

Die Entwickelung der Nieren (Développement des reins), par le Dr Adolph THAYSSEN, communication provisoire. (*Centralblatt*, 1873, *n°* 38.)

Les dernières recherches ont démontré que dans le feuillet moyen du blastoderme et partant de l'extrémité supérieure du corps de Wolff un amas de cellules se forme d'avant en arrière à la place que doit occuper le rein. L'uretère émergeant de la partie postéro-inférieure du corps de Wolff, monte comme un bourgeon, s'engage en prenant la forme d'un entonnoir dans l'amas de cellules, et on voit les prolongements creux qui deviendront les calices. Tel était en deux mots l'état de la science avant les recherches de Thayssen.

Il restait à savoir comment se développent ; 1° les *canalicules du rein*, 2° les *corpuscules de Malpighi*.

Pour la première question, deux hypothèses se présentaient :

1° Développement isolé avec réunion ultérieure au bassinet ;

2° Prolongement du bassinet.

Pour la deuxième, deux hypothèses encore:

1° Ils résultent de dépôts cellulaires sphériques solides qui deviennent creux, et prennent leur apparence définitive par épaississement de leur paroi ;

2° Ils se forment par le tassement des glomérules dans les extrémités en cul-de-sac des canalicules rénaux.

L'auteur a institué ses recherches sur les embryons des mammifères (bœuf, brebis, chat, lapin, souris) et des poules; elles ont démontré:

1° Que les tubes collecteurs et les canaux de communication résultent de prolongements creux du système des uretères ;

2° Que le corpuscule de Malpighi se développe de lui-même à la place qu'occupe le rein en même temps que les canalicules flexueux qui lui appartiennent et que le tubes de Henle ; ces corpuscules ont pour origine des amas sphériques de cellules ;

3° Qu'après la séparation dans cette masse de cellules de la couche primitive solide des corpuscules de Malpighi, le glomérule et l'ampoule sortent de cette couche, et que l'ampoule se détache par scission du glomérule dans le développement ultérieur.

L'auteur n'a pu découvrir comment ces diverses parties du système des canaux finissent par s'unir entre elles. H. CHOUPPE.

Contribuito allo studio della lente cristallina (Contribution à l'étude du cristallin), par le Dr S. TUBINI, atti della r. acad. delle sc. di Torino, avec une planche, vol. VIII, 1873. (*Rivista di med., di chir., e di terap., juin* 1873, *fasc.* 11 *et* 12.)

Pour isoler les fibres du cristallin, l'auteur (est-il dit dans la *Rivista di med.*, etc.) propose un mélange d'une partie en poids de chlorate de potasse, pour trois parties en poids d'acide nitrique pur. Si la lentille cristallinienne est fraîche, il suffit d'une immersion d'une ou deux minutes ; si elle est desséchée, il faut quatre ou cinq minutes et même plus. On la lave ensuite avec soin dans de l'eau.

Avec cette méthode, l'auteur a constaté que chez l'homme et chez la grenouille les petits tubes de la lentille peuvent avoir plusieurs noyaux. Il trouva aussi que les stries transversales que l'on observe souvent sur les petits tubes sont dues aux dentelures latérales qui font s'engrener entre eux les petits tubes. Quand ces dentelures sont vues de face, elles apparaissent sous forme de lignes parallèles qui coupent transversalement le petit tube. Par contre, ces lignes transversales ne se voient jamais lorsque les dentelures se présentent de profil. BARÉTY.

Zur Frage über das Wachsthum der Muskelfasern und der Muskeln beim Frosch (De l'accroissement des fibres musculaires et des muscles chez les grenouilles), par le Dr PETROWSKY, de Saint-Pétersbourg. (*Centralb.*, 1873, *n°* 49.)

L'auteur a d'abord recherché quels changements subissent les fibres musculaires de la grenouille depuis le moment ou elle cesse d'être tê-

tard, jusqu'à celui où elle mesure une longueur de 80^{mm}. Puis il s'est demandé si, dans cette période, apparaissent de nouvelles fibres musculaires.

Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Chez les têtards les muscles se composent de fibres fusiformes avec une rangée de noyaux fusiformes à leur centre ; l'on ne trouve ni sarcolemme, ni noyaux périphériques.

2° Quelques fibres, à la fin de la première période, et le plus grand nombre des fibres, chez la grenouille de 10^{mm}, présentent, à la périphérie, et en même temps, des noyaux et un sarcolemme soudés ensemble. Ces noyaux ont la plupart du temps la forme de bâtonnets, mais vus de profil ils sont ovales.

3° La rangée de noyaux occupant l'axe de la fibre disparaît, et la plupart des noyaux périphériques se détachent du sarcolemme, se multiplient par scission et forment des rangées de noyaux parallèles périphériques ; en même temps les fibres augmentent de volume.

4° La néoplasie des fibres contribue à l'accroissement des muscles, seulement elle ne se fait pas par scission des fibres anciennes.

H. CH.

---

eber die Drüsen des Nierenbeckens (Sur les glandes du bassinet), par Th. EGLI.
(*Arch. f. mikr. Anat.* 1873, *pp.* 653-656, *pl. XXIV.*)

Les recherches entreprises en vue de constater des glandes dans la muqueuse du bassinet ont donné lieu à des résultats contradictoires. Chez l'homme, Kölliker en nie l'existence, Unruh ne les a constatées qu'une seule fois. Chez le cheval, Franck décrit de simples replis muqueux, Paladino, de nombreuses glandes en grappe.

Egli, après avoir examiné à ce point de vue la muqueuse du bassinet chez le bœuf, le porc, le cheval et l'homme, est arrivé aux résultats suivants :

Le bassinet est, d'une manière générale, formé par trois couches superposées : 1° l'externe ou adventice ; 2° la moyenne ou musculeuse, à fibres lisses, obliques extérieurement, rectilignes dans la portion la plus profonde ; 3° la tunique muqueuse, dont la structure diffère dans les différentes espèces.

Chez le bœuf, cette muqueuse est tout à fait lisse, et munie d'un épithélium pavimenteux stratifié, on n'y rencontre point de glandes. Chez le porc elle commence à présenter des plis. Enfin, chez le cheval le bassinet contient une quantité considérable de mucus jaunâtre opaque, mélangé de cellules épithéliales qui sont tombées en masse ; on peut déjà, d'après ce fait, présumer qu'il existe des glandes dans la muqueuse.

Celle-ci est parcourue par des sillons profonds le long desquels s'élèvent des saillies longues et étroites. C'est dans l'épaisseur de ces saillies que se trouvent les glandes en forme de cul-de-sac légèrement élargies à leur base, disposées parallèlement les unes aux autres et perpendiculairement à la surface de la muqueuse. L'épithélium qui les revêt est formé de 2 couches de cellules, les plus profondes prismatiques, les plus super-

ficielles aplaties. Souvent plusieurs culs-de-sac viennent s'ouvrir dans un canal excréteur commun et constituent ainsi de véritables glandules en grappe. D'autres s'ouvrent au contraire isolément à la surface de la muqueuse. Cette disposition acineuse, la présence de cellules caliciformes qui manquent dans le reste de la muqueuse conduisent Egli à admettre que les glandules qu'il décrit sont des organes sécréteurs du mucus.

Chez l'homme, les glandes du bassinet sont très-nombreuses, de forme intermédiaire entre les glandes en tube et les glandes en grappe; les grains glandulaires sont irrégulièrement disposés autour d'un canal excréteur mince et étroit qui manque souvent, de sorte que les glandules isolées s'ouvrent dans une dépression de la muqueuse ; les culs-de-sac sont presque entièrement remplis par des cellules épithéliales cylindriques disposées autour de la lumière très-étroite du tube glandulaire, comme les rayons d'une roue. On en compte de 1 à 2 sur un centimètre carré sur certaines muqueuses, sur d'autres elles sont si rares qu'elles paraissent parfois manquer. L'existence de ces glandules est donc très-inconstante. J. RENAUT.

Quelques faits relatifs au développement du tissu osseux. Note de L. RANVIER.
(*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 10 *nov.* 1873.)

Dans cette note importante M. Ranvier résume les recherches qu'il a continuées depuis dix ans sur la formation du tissu osseux. Il donne ses *procédés de préparations*, basés surtout sur l'usage de l'*acide picrique* pour dissoudre les sels calcaires, et du *picrocarminate d'ammoniaque* pour colorer les éléments.

Il insiste particulièrement sur l'étude de la ligne qui sépare l'os en voie de développement de son cartilage primitif. « Cette ligne est généralement droite. Le cartilage finit brusquement ; commence alors un tissu alvéolaire, dont les travées sont formées par la substance cartilagineuse infiltrée de sels calcaires et dont les alvéoles correspondent aux primitives. Ces alvéoles présentent de nombreuses communications et constituent un système caverneux, continu, renfermant des vaisseaux sanguins et de la moelle embryonnaire. Sur des préparations injectées et bien réussies, les premiers alvéoles, c'est-à-dire ceux qui font suite au cartilage, présentent chacun une *anse vasculaire dont la convexité est en rapport direct avec une capsule secondaire destinée à disparaître bientôt.* Je pense que la résorption de cette capsule, qui va mettre la cellule en liberté et concourir à l'agrandissement de l'alvéole, est sous la dépendance de l'accroissement du vaisseau capillaire disposé en anse. »

Passant rapidement sur les phénomènes qui se montrent dans les alvéoles médullaires lors de la formation des corpuscules osseux, phénomènes que l'auteur a déjà exposés dans ses notes à la traduction de Frey (Paris, 1870, p. 308), M. Ranvier insiste plus spécialement sur l'étude comparée de l'*os périostique* et de l'*os cartilagineux*, considérant la ligne d'ossification qui établit la limite de l'os et du cartilage, il signale aux extrémités de cette ligne, une *encoche* creusée dans le cartilage, et qu'il nomme *encoche d'ossification ;* de la voûte de cette encoche partent des fibres qui, à leur origine, se confondent avec la substance fondamen-

tale du cartilage, s'incurvent du côté de l'os embryonnaire et y pénètrent. Ces fibres deviendront les fibres spéciales que Sharpey a observées dès longtemps dans l'os complétement développé et auxquelles il a donné son nom; M. Ranvier, à cette époque du développement, les nomme *fibres arciformes*. Après quelques autres détails sur ces parties, ainsi que sur les *ostéoblastes* de Gegenbaur, il nous promet pour une date prochaine, un travail plus étendu sur les fibres arciformes, sur leurs rapports avec le périoste, les ligaments et les tendons. Enfin il termine par cette remarque intéressante que les os de grenouille, « qui sont rudimentaires puisqu'ils sont constitués par un simple système de Havers, présentent la disposition la plus démonstrative de l'*encoche d'ossification*. Ici le cartilage primitif se transforme directement en tissu médullaire et le cylindre osseux est entièrement formé par l'encoche d'ossification.

M. DUVAL.

Sur la cellule embryogène de l'œuf des poissons osseux. Note de M. BALBIANI.
(*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 8 *déc.* 1873.)

On sait que M. Balbiani a, dès 1864. signalé dans l'œuf ovarien d'un grand nombre d'animaux, la présence d'une seconde vésicule, qu'il nommait *vésicule embryogène*, pour la distinguer de la *vésicule germinative* de Purkinje, (Voy., *Compt. rend. Acad. des sc.*, 1864, t. LVIII, p. 594 et 621; et *Traité d'histologie* de H. Frey, traduct. française, p. 103, notes de Ranvier.)

Dans un récent travail, M. van Bambecke vient de constater la présence de ce double noyau dans l'œuf des poissons osseux (*Bulletin de la Société médicale* de Gand, 1873.) Mais les nouvelles recherches de Balbiani l'ont amené à constater que ce corps mérite plutôt le nom de *cellule embryogène*, car c'est une véritable cellule qui prend naissance sur l'épithélium du follicule ovarique, pour venir de bonne heure s'unir au jeune ovule, le pénètre et s'y invagine par une sorte de refoulement de la membrane vitelline. Aussi, sur un œuf ainsi achevé, si l'on suit attentivement le contour de la sphère vitelline, on voit que la membrane vers le point où se trouve la cellule embryogène (toujours excentrique), s'infléchit vers l'intérieur de l'œuf de façon à circonscrire toute cette cellule ; cette dernière est donc en réalité extérieure au vitellus. Quant au rôle ultérieur de ces diverses parties, la cellule embryogène représente le véritable germe, tandis que le vitellus n'est qu'une masse nutritive.

M. DUVAL.

Beiträge zur Anatomie der Paukenhöhle (Contributions à l'anatomie de la caisse du tympan), par le Dr Victor URBANTSCHITSCH, de Vienne. (*Archiv für Ohrenheilkunde, t. II, p.* 50.)

L'auteur expose les résultats de ses recherches sur cinquante oreilles pour démontrer que les tractus fibreux et osseux, si fréquents dans la caisse, ne doivent pas être considérés de prime-abord comme un état pathologique. Déjà dans un travail précédent, présenté à l'Académie des sciences de Vienne (*Mathem. naturwissenschaftl. Abtheitung,* 1873 janvier, t. XLVII) il avait fait la même démonstration sur le nouveau-né. Il existe fréquemment, en effet, une bride membraneuse entre la paroi interne de la caisse et la branche verticale de l'enclume ; cette bride que Toynbee avait décrite comme anormale et pathologique (*Maladies des oreilles*, trad. all. de Moos, 1863, p. 274.) est le résultat d'un pli de la muqueuse qui, chez le fœtus, relie ces deux parties en enveloppant complétement l'étrier. Il existe, de même, un repli membraneux qui, d'après Linck (*Ohrenheilkunde*, p. 138), s'étend de la paroi postérieure de la caisse jusqu'à l'apophyse lenticulaire. L'auteur a constaté 7 fois sur 50 les résidus de ce repli. En avant, un repli membraneux s'étend de la branche verticale de l'enclume sur le manche du marteau : ce repli peut également persister en partie. En dehors, la branche verticale de l'enclume est reliée à la corde du tympan, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une membrane; cette membrane est quelquefois enroulée en spirale.

La branche horizontale de l'enclume peut être reliée à la paroi externe de la caisse aussi bien qu'aux cellules de l'apophyse mastoïde. Le Dr Zaufal a déja décrit cette communication avec la paroi externe comme une disposition normale (*Arch. f. Ohrenh.*, 1872, t. VI, p. 297); l'auteur l'a constatée 40 fois sur 50 cas. Enfin l'on trouve très-fréquemment une membrane tendue entre le tendon du tenseur tympanique et la paroi antéro-supérieure de la caisse. C'est Prussak qui a le premier décrit cette disposition (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. IV, liv. 4, p. 264), et, d'après le prof. Gruber (*Ohrenheilk.*, 1870, p. 111); elle doit être considérée comme à peu près constante dans les premières années de la vie. Urbantschitsch a trouvé chez l'adulte, cette membrane tantôt complétement conservée, tantôt perforée au milieu, tantôt remplacée par des tractus fibreux.

Les excroissances osseuses de la caisse ont été décrites par Hyrtl (*Vergl. Anatomie*, Prague, 1845) comme normales chez certains mammifères ; mais chez l'homme elles ont été considérées généralement comme pathologiques. L'auteur en a trouvé à l'état normal dans plus d'un tiers des cas examinés, et tandis que Hyrtl en fixe le développement à la première année de la vie, Urbantschitsch les a trouvées 16 fois sur 50 oreilles de nouveau-nés. Leur siége de prédilection est, en première ligne, l'éminence pyramidale ; on les trouve également à la paroi postéro-externe de la caisse et au pourtour de la fenêtre ronde. Parfois les pointes osseuses sont terminées par un filet membraneux qui les relie à des pointes osseuses placées en face. Dans un des cas cités par l'auteur, il y avait deux tractus osseux parallèles de la paroi interne de la caisse à l'éminence pyramidale. Parfois on constate des lamelles osseuses qui divisent la partie postérieure de la caisse en deux étages superposés. Il

arrive souvent, dans ces cas, que l'éminence pyramidale est incomplétement développée. KLEIN.

A contribution to the anatomy of the jugular foramen, by Thomas DWIGHT. (*The American Journ. of the med. sc., oct.* 1873, *p.* 409-413, 3 *figures.*)

L'auteur appelle l'attention : 1° Sur de nombreuses variétés non décrites de la fosse jugulaire ; 2° sur les différences que présentent sur les deux côtés d'un même crâne la fosse jugulaire, le trou déchiré postérieur et les trous voisins ; 3° sur les effets que ces différences exercent sur la circulation du crâne. CH. P.

Verhältnisse der Strecksehnen am Kniegelenke (Des tendons extenseurs du genou), par le Dr F.-W. LORINSER. (*Wiener med. Wochens., p.* 919.)

L'auteur a été conduit à étudier la disposition de ces tendons et des aponévroses avoisinantes par l'observation des deux faits suivants; 1° Malgré un arrachement complet du tendon du triceps au-dessus de la rotule, un malade pouvait encore exécuter des mouvements d'extension très-faibles de la jambe sur la cuisse. 2° L'extension peut être encore produite par l'action musculaire malgré une soudure complète de la rotule avec le fémur.

Lorinser partage en trois groupes les parties qui forment la partie antérieure du surtout ligamenteux du genou. Les tendons et expansions aponévrotiques s'insèrent: 1° les uns au bord supérieur de la rotule (m. droit ant. et crural). 2° Un second groupe aux bords latéraux de la rotule (tendons principaux des m. vaste int. et vaste ext). 3° Les derniers descendent des deux côtés de la rotule pour aller s'insérer directement sur la tuberosité du tibia (fascia lata et en particulier prolongement des tendons du tenseur du f. c. et du gr. fessier, puis expansions aponévrotiques du m. vaste int. et ext.). C'est à l'action de ces derniers qu'est due la conservation dans une certaine mesure de l'extension volontaire de la jambe, lorsqu'une cause quelconque supprime l'action des deux premiers groupes. TH. EXCHAQUET.

Asymétrie congénitale du sternum, par M. ROQUE. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris, 5e série, tome VIII,* 1873, *p.* 315.)

L'auteur montre qu'il existe chez presque tous les enfants une asymétrie notable du sternum caractérisée par une voussure de la moitié droite de cet os et un aplatissement correspondant de la moitié gauche. Cette disposition, qui persiste jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans environ, n'est pas

due aux mouvements du cœur, qui théoriquement devraient produire une déformation inverse. L'auteur n'a point recherché si cette déviation était en rapport avec la forme et le volume des poumons. H. CH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Manuel d'anatomie comparée, par Carl GEGENBAUR, traduit en français sous la direction de C. VOGT, in 8°. Paris.

Art. Microscope, par A. HÉNOCQUE (*Dict. encycl, des sciences méd.*, G. Masson et P. Assellin).

Das mikroskop u. seine Anwendung (Du microscope et de son emploi), par H. HAGER. — Berlin.

Untersuchungen üb. das Protoplasma. I. Bau d. Protoplasmas. (Recherches sur le protoplasma. I. Sa structure.), par C. HEITZMANN. — Vienne.

Absence congénitale des deux pectoraux gauches, par le Dr DESHAYES (d'Orléans). (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, tome VIII, 48e année, 1873, p. 305.)

Die Lage d. Bauch-organe d. Menschen (Position des organes abdominaux), par H. LUSCHKA. — Carlsruhe.

Beschreibung einer frühzeitigen menschlichen Frucht, etc. (Description d'un fruit humain à l'état vésiculaire et recherches comparatives sur les fruits à l'etat vésiculaire chez les mammifères et chez l'homme), par REICHERT (*Arch. de Reichert et Du Bois Reymond*, Heft II, p. 127-136).

Ueb. den Stirnfontanellknochen (Os fonticuli frontalis) bei dem Menschen u. bei den Saügethieren (chez l'homme et les mammifères), par W. GRUBER. Leipzig.

Bemerkungen über das foramen mentale (Recherches sur le trou mentonnier), par le prof. WENZEL GRUBER (*Arch. de Reichert et Du Bois Reymond*, mai).

Ueber den an der Schläfenfläche des Jochbeines, etc. (Sur l'existence d'un arc maxillaire à la face interne de l'os malaire chez l'homme) anomalie réversive par le prof. WENZEL GRUBER (*Arch. de Reichert et Du Bois Reymond*, Heft II, p. 208-240, avec une planche).

Beitrag zur Anatomie des Schläfebeines (Contribution à l'anatomie de l'os temporal) par E. ZUCKERHANDL (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, no 9).

Développement des os du pied chez l'enfant, par THORENS (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, tome VIII, 48e année, p. 485).

Appareil hyoïdien complet par M. G. HUMBERT (*Idem*, p. 260).

Ueber die histologischen Vorgänge im durschnittenen Nerven (Des processus histologiques qui se passent dans les nerfs coupés), par B. Benecke (*Arch. f. path. Anat.*, LVII, p. 496).

Note sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paires, par M. Féréol. médecin des hôpitaux (*Un. méd.*, p. 826.)

Kritische Bemerkungen zur Geschichte der Untersuchungen über die Scheiden der chorda dorsalis (Remarques critiques pour servir à l'histoire des recherches sur les couches de la corde dorsale), par le prof. A. Kölliker. (*Verhandlungen der physikal medizin. Gesellschaft in Wurzburg*, vol. III, p. 336.)

Intorno alla minuta structura della congiuntiva umana (Sur la structure de la conjonctive humaine). Communication faite à l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 20 [mars 1873, par le Dr Ciaccio (*Bullettino delle sc. med.*, juin, p. 432).

Ueber die Anzahl und Beschaffenheit einzelner Schichten der Cornea, sowie über die der Zellen der Epithelialschichte derselben (Sur le nombre et la structure des couches de la cornée et sur les cellules de la couche épithéliale), par le rédacteur de *Allg. Wien. med. Zeit.* (no 40).

Ueber die Nerven der Hornhaut (Sur les nerfs de la cornée), par H. Hoyer. (*Arch. für mikr. Anat.*, p. 220.)

Ueb. den Bau der Tastkörperchen (Structure des corpuscules du tact), par G. Thin. — Vienne.

Studien über den feineren Bau der Haut bei den Reptilien (avec figures) (Etudes sur la structure de la peau chez les reptiles), par le Dr Oscar Cartier (*Verhandlungen der physikal. medicin. Gesellschaft in Vurtzburg*, vol. III, p. 281.)

Die acinösen Drusen der Zunge u. ihre Beziehgn. Zu den Geschmacks organen (Des glandes acineuses de la langue et de leurs rapports avec la gustation), par V. Ritter v. Ebner. — Graus.

Ein Beitrag zur Auswanderung der Blutkörperchen aus den Gefässen des Frosches (Recherches sur la diapédèse des globules rouges du sang chez la grenouille), par Fritz Schmuziger (*Arch. fur mikr. Anat.*, p. 709).

Ueber die rothen Blutkörperchen (Sur les globules rouges du sang), par le Dr Carl Faber (*Arch. der Heilkunde*, p. 481).

Vergleichende Untersuchungen über das Variiren in der Darmlänge und in der Grösse, etc. (Recherches comparatives sur les variations de longueur et de dimension de la surface de la muqueuse intestinale chez les animaux d'une même espèce), par Hugo Crampe (*Ar. de Reichert et Du Bois Reymond*, mai).

Sulla structura del tissuto tendineo (Sur la structure du tissu tendineux), par le Dr D. Stefanini (Commun. à la Soc. de méd. de Turin. — *Osservatore; Gazz. delle cliniche*, no 7).

Untersuchungen über den Bau der Sehnen (Recherches sur la structure des tendons), par Arnold Spina (*Stricker's Jahrb.* Heft III, p. 385-400).

Das Venensystem d. menschlichen Korpers (Système veineux chez l'homme), par W. Braune, Leipzig.

Ueber die Epithelialbekleidung des Hodens (Couche épithéliale des testicules), par Karl Hardin (*Upsala läkareforen*, 222).

Sulla parte che hanno le glandole otricolari dell' utero nella formazione della porzione materna della placenta e nella nutrizione dei feti nell' alvo materno (Sur la part que prennent les glandes utriculaires de l'utérus à la formation de la portion maternelle du placenta et à la nutrition du fœtus dans le sein maternel). Mémoire communiqué à l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, par le Dr J. B. Ercolani (*Bullettino delle scienza med.* mai, p. 386).

Die Schleimhaut des Uterus (La muqueuse de l'utérus), par Hageman (de Hanovre) (*Archiv. für Gynækologie*, t. V, fascicule 2).

Sulla structura e sviluppo della placenta (Sur la structure et le développement du placenta), par le Dr G. Romiti (*Rivista clinica*, no 1, p. 5).

Ub. den mütterlichen Kreislauf in der Kaninchenplacenta m. Rücksicht auf die in der Menschenplacenta bis jetzt vorgefundenen anatomischen Verhältnisse (Circulation du placenta maternel du lapin étudiée d'après la structure du placenta chez la femme), par J. Mauthner, Vienne.

PHYSIOLOGIE.

ANALYSES.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. Cours de M. Cl. BERNARD : Des phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux. (*Revue scientifique*, 1873, *nos* 13, 16, 18, 20, 22 *et* 23.)

Les leçons de M. Cl. Bernard ont été consacrées à examiner l'hypothèse de la *dualité de la vie*, c'est-à-dire d'une distinction fondamentale entre la physiologie animale et la physiologie végétale. Il montre que la physiologie générale proteste tout d'abord contre un antagonisme, une dualité vitale quelconque, et que c'est l'unité, au contraire, qu'elle tend sans cesse à démontrer dans l'ensemble des phénomènes des êtres vivants.

Passant en revue l'histoire de la physiologie végétale, le professeur expose les débuts de cette science avec les expériences chimiques de Van Helmont, de Priestley, qui aboutirent à montrer que les animaux et les végétaux agissent d'une manière inverse, au point de vue respiratoire, sur le milieu où ils sont plongés. Dès lors le parenchyme de la plante fut considéré comme travaillant pour le poumon de l'animal, en absorbant et utilisant l'acide carbonique produit par ce dernier et lui rendant de l'oxygène libre. C'est ainsi que prit naissance cette opinion de la *dualité vitale* entre les animaux et les végétaux. Mais la distinction de la *respi-*

ration diurne et nocturne de la plante, entrevue par Priestley lui-même, étudiée surtout par Ingenhousz, Senebier, de Saussure, et de nos jours par Boussingault, Garreau, Sachs, etc., montra bientôt que les végétaux ont aussi leur respiration oxydante et que, même au soleil, ils dégagent une certaine proportion d'acide carbonique. La théorie de l'antagonisme chimique entre les végétaux et les animaux ne pouvait donc plus se soutenir : si les recherches que nous venons de rappeler démontrent que les premiers ne sont pas exclusivement des appareils de *réduction,* de *formation*, d'autre part les découvertes de M. Cl. Bernard ne permettent plus de dire que les seconds soient des appareils uniquement d'*oxydation*, de *destruction*, puisqu'ils peuvent former le glycogène, de même qu'ils forment des matières grasses dont la production avait été regardée pendant longtemps comme le privilége exclusif du règne végétal.

La dualité vitale ne peut plus être soutenue aujourd'hui au point de vue chimique ; elle ne saurait l'être davantage au point de vue *dynamique* ou *mécanique :* « L'identification de l'organisme animal à un fourneau dans lequel vient se brûler le règne végétal, peut répondre seulement à l'apparence chimique extérieure du phénomène, mais ce n'est pas une vue vraiment physiologique; si le chimiste voit le sucre, formé dans la betterave, se brûler dans l'animal qui le mange, le physiologiste ne trouve là qu'un accident ; il démontre au contraire que ce sucre formé et emmagasiné est destiné à être brûlé par la betterave elle-même dans la seconde année de la végétation, lors de sa floraison et de sa fructification. »

Cet exemple, si clair et d'une si grande portée, résume à lui seul le point de vue auquel s'est placé le professeur en choisissant, pour l'examen des phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux, l'étude des actes chimiques de la *digestion* et de la *nutrition*.

Nous n'analyserons pas les diverses leçons consacrées à l'*histoire des théories chimiques de la digestion*, à l'*étude des aliments,* à celle des *salives* et de la *digestion salivaire ;* disons seulement que M. Cl. Bernard insiste ici encore, comme il l'avait fait dans des leçons précédentes, sur ce fait que le rôle chimique des salives est très-accessoire dans la digestion naturelle chez l'animal vivant. « Il est vrai qu'artificiellement, dans un tube, on prouve que la salive mixte agit sur l'eau d'empois d'amidon, mais ce sont là des actions dont il ne faut pas exagérer l'importance. Il faut toujours revenir, en définitive, à ce qui se passe dans le canal intestinal d'un animal vivant, et l'observation, portée sur ce terrain, nous montre que les salives ne sont nullement destinées à agir chimiquement. Elles ont seulement à remplir des fonctions d'ordre mécanique en rapport avec la mastication, la gustation et la déglutition. » — Nous ne nous arrêterons pas davantage sur l'étude de la *diges-*

tion gastrique, non plus que sur celle de la *bile* et de la *digestion duodénale*. Dans une précédente analyse sur le *diabète* et la *glycogénie*, nous avons eu occasion de signaler les nouveaux résultats obtenus par M. Cl. Bernard relativement à l'action du suc pancréatique et à celle du *ferment inversif* qu'il a découvert dans l'intestin grêle. Nous nous arrêterons plutôt sur les généralités qui ont fait l'objet des dernières leçons et dans lesquelles le professeur, embrassant dans une vaste synthèse tous les phénomènes précédemment étudiés, fait voir qu'aucune différence fondamentale ne distingue les phénomènes de nutrition de l'animal et ceux de la plante, c'est-à-dire qu'il s'attache à démontrer que, chez les différentes espèces de plantes et d'animaux, les aliments eux-mêmes, les modifications que les aliments éprouvent, les agents qui les réalisent, offrent une surprenante ressemblance, une véritable unité; dans les uns comme dans les autres nous trouvons *quatre espèces de digestions* et *quatre espèces de ferments digestifs :*

1° La digestion des *matières féculentes* qui, chez les animaux, se fait surtout dans le duodénum sous l'influence d'un ferment du suc pancréatique, et dans les plantes se produit au moyen d'un ferment analogue, la *diastase*, de Payen et Persoz. Si dans l'animal cette transformation semble parfaitement localisée, ce n'est là qu'une apparence, et l'étude des embryons de ruminant ou de rongeur montre qu'à certaines époques de la vie intra-utérine la glycogénie a un siége tout différent et qu'il en est de même de la production du ferment (membrane amniotique chez les uns, allantoïde chez les autres). L'histoire des animaux inférieurs, des larves et des crysalides de la mouche par exemple, en présente des exemples encore plus frappants.

2° La digestion des *matières sucrées*, qui se fait chez les animaux à l'aide du *ferment inversif* de l'intestin grêle, et qui, dans le végétal, s'accomplit par une transformation analogue, au moyen d'un ferment identique dont M. Berthelot avait déjà démontré l'existence dans la levure de bière. Ce *ferment inversif* du végétal peut être isolé comme son analogue par la dilution dans l'eau et la précipitation par l'alcool.

3° La digestion des *matières grasses :* nous savons qu'elles sont émulsionnées dans l'organisme animal par l'un des ferments du suc pancréatique. Le même ferment se rencontre dans les végétaux et y joue le même rôle ; il existe d'une manière bien nette dans les amandes, les noix, et son action s'exerce au moment où la germination s'accomplit ; l'*émulsine*, opère l'émulsion de l'huile dans l'amande, et c'est cette propriété que l'on met artificiellement à profit lorsque l'on écrase ces graines pour préparer un looch. Bien plus, on constate au bout de peu de temps, dans le liquide ainsi obtenu, les produits de dédoublement des corps gras, la glycérine et les acides gras, nouvelle analogie avec l'action aujourd'hui bien

démontrée du ferment pancréatique, à la fois émulsif et dédoublant.

4° La digestion des *matières albuminoïdes :* elles sont transformées dans le tube digestif de l'animal par la *pepsine* et la *pancréatine,* et deviennent ainsi solubles et absorbables. Dans le règne végétal il y a aussi des matières albuminoïdes qui se dissolvent ; c'est ce qui a lieu dans la germination des graines. Tout porte à croire que cette modification est due à un ferment analogue à ceux de l'estomac et du pancréas ; mais ici les faits positifs font défaut. « Les investigations des expérimentateurs n'ont pas encore été dirigées de ce côté ; mais nous espérons, dit M. Cl. Bernard, qu'elles le seront désormais, et que bientôt on possèdera des éléments suffisants pour juger les questions que nous ne faisons en quelque sorte que poser aujourd'hui. »

Mais l'identité entre les deux règnes devient encore plus évidente si, de la digestion intestinale, on passe à l'étude des phénomènes que M. Cl. Bernard désigne sous le nom de *seconde digestion*, c'est-à-dire de l'*absorption* et de l'*élaboration des principes alimentaires* dans les parois intestinales, dans le foie et dans les tissus. Ces principes paraissent éprouver, au contact des villosités intestinales, des modifications telles qu'ils formeraient une espèce de substance blastématique qui ensuite serait apte à se transformer dans les divers organes en principes nutritifs adaptés à l'économie actuelle de l'être vivant. Quoi qu'il en soit, la plus grande partie des matières alibiles pénètrent dans le milieu intérieur par la voie de la veine-porte, et par suite traversent bientôt le foie. L'étude de la fonction glycogénique, dont nous avons résumé les points de vue les plus nouveaux dans une analyse précédente, montre qne le sucre peut exister dans les animaux comme dans les végétaux à l'état d'activité et à l'état de réserve, qu'il peut se détruire et se brûler dans le sang de l'animal ou dans la sève du végétal. Ici, le professeur communique toute une série de recherches nouvelles montrant que *l'excédant du sucre* (glycose) *introduit dans l'économie, se déshydrate et s'entrepose dans le foie à l'état de matière glycogène.*

Abordant alors l'analyse des transformations ultimes des matières nutritives, M. Cl. Bernard étudie la *nutrition,* c'est-à-dire l'acte par lequel les éléments des tissus interviennent par leur activité propre dans la constitution du plasma interstitiel pour lui emprunter des substances dont ils ont besoin et lui en restituer d'autres qui ne leur sont plus utiles. Il montre que tout n'arrive pas préformé à l'élément histologique ; que l'organisme animal se trouve en état de fabriquer des substances organiques compliquées, comme cela a été prouvé pour le glycogène et le sucre ; que pour ce qui est des combustions, elles s'accomplissent, non dans le sang lui-même, mais au contact du sang et des tissus. « Ce n'est pas, à

vrai dire, le sang qui se brûle et qui échauffe les tissus ; ce sont plutôt les tissus qui se brûlent et échauffent le sang. »

Dans tous ces actes de nutrition intime, pour le végétal comme pour l'animal, les phénomènes ont un résultat purement chimique ; mais leur point de départ est l'activité germinative ou proliférante du tissu vivant, activité qui réside dans l'élément cellulaire organique soumis aux forces de développement et de nutrition. *Toute formation de tissu est un phénomène de réduction ; toute activité de tissu est un phénomène de combustion.* Tel est le véritable antagonisme qui existe entre ces deux termes : *combustion* et *réduction.* Or, l'un comme l'autre se rencontrent aussi bien dans le végétal que dans l'animal. Quant à la nature même de l'acte de nutrition, c'est une *fermentation.* La digestion, poursuivie jusque dans ses derniers termes, n'est qu'une série de fermentations : le ferment inversif de la levûre de bière opère, en réalité, une digestion de sucre; c'est le fait de la nutrition de la levûre coïncidant avec les phénomènes de prolifération et de développement de cet organisme microscopique. Mais ces fermentations sont de *deux ordres* bien distincts : les unes se passent au contact des éléments anatomiques (*ferments insolubles*), les autres se passent dans les divers liquides (*ferments solubles*). Les ferments solubles sont des agents chimiques organiques, mais non organisés, de simples produits de sécrétion et de décomposition ; les ferments insolubles sont de véritables éléments organisés, des produits de *prolifération vitale.* Insistant avec force sur le rôle de ces derniers, dont l'action réductrice ou organisatrice pourra seule, convenablement étudiée, nous dévoiler les secrets de la nutrition intime, le professeur termine en disant que, sous ce rapport, on peut considérer l'*œuf* ou la *cellule ovarique* comme *le premier de tous les ferments insolubles.* « Il détermine, en effet, la combustion ou la fermentation des matières qui l'entourent et préside au plus haut degré aux phénomènes d'organisation ou de création organique, qui sont tous des phénomènes de réduction chimique. » M. DUVAL.

Collége de France. — **Médecine expérimentale, cours de M. Cl. BERNARD.** — **Le diabète et la glycogénie.** (*Revue des cours scientifiques, avril, mai, juin et juillet* 1873, *nos* 40, 45, 47 *et* 49, *etc.*)

M. Cl. Bernard fait l'étude physiologique et pathologique du *Diabète :* en effet, pour le diabète plus encore que pour toute autre affection, on peut dire que l'état pathologique correspond à une fonction physiologique détournée et changée de quelque manière. Aussi, dans un rapide historique, nous montre-t-il l'embarras qu'ont éprouvé Sauvages, Cullen, Pinel, etc., pour faire rentrer le diabète dans leurs cadres nosologiques et pour le définir.

Passant en revue les symptômes qui forment le cortége habituel du diabète, le professeur montre que tous ne sont en réalité que *des phénomènes physiologiques plus ou moins exagérés*, que tous ils préexistent, sauf leur intensité qui varie à l'état normal et à l'état de maladie : tel est le cas pour la *polydipsie*, la *polyphagie*, la *polyurie*, l'*autophagie ;* la *glycosurie* elle-même est un phénomène physiologique qui à l'état normal reste larvé et inaperçu, mais qui devient apparent en s'exagérant ; de sorte qu'ici encore le signe caractéristique de l'état morbide, le symptôme pathognomonique ne fait pas de la maladie quelque chose d'essentiellement différent de l'état normal.

On a voulu distinguer la *glycosurie simple* du *diabète* proprement dit. Cette différenciation est plus apparente que réelle ; la glycosurie fugace et peu intense caractérise le *diabète léger ;* la glycosurie intense, accompagnée de son cortége de symptômes, marque un *diabète de plus en plus grave*.

Mais comme à l'état normal il existe dans certains états du sucre dans les urines, nous pouvons dire que nous sommes tous plus ou moins diabétiques, l'organisme renfermant cette maladie comme toutes les autres à l'état de germe. Ce n'est pas l'existence, mais la proportion du sucre dans les urines qui constitue l'état morbide. Le professeur passe alors en revue diverses circonstances qui déterminent des oscillations notables dans la quantité du sucre des urines, telles qu'une absorption intestinale exagérée, les ébranlements nerveux, certaines médications, etc.

Vient alors la revue des différentes hypothèses par lesquelles Cullen, Gueudeville, Rollo, Bouchardat, Mialhe, ont cherché à expliquer la *pathogénie du diabète*, et des traitements qui ont été institués suivant la nature de ces hypothèses. Le problème physiologique est encore en grande partie à résoudre, et c'est lui qui doit nous donner, avec la connaissance du mécanisme du diabète, les éléments d'un traitement rationnel.

L'histoire de la production du sucre fait partie du grand problème de la *nutrition*, la plus essentielle, la plus importante, mais aussi la moins connue des fonctions de l'organisme. C'est surtout par l'étude des urines que nous pouvons apprécier extérieurement les résidus de la nutrition et les signes des troubles nutritifs. Le professeur examine alors quelques particularités caractéristiques des urines selon le mode de nutrition de l'animal (*herbivore* ou *carnivore*), et il en déduit ce principe général que *les aliments qui donnent des cendres alcalines rendent l'urine alcaline, ceux qui donnent des cendres acides rendent l'urine acide*.

C'est donc dans l'urine qu'il faudra rechercher avec soin les troubles de nutrition qui constituent le *diabète ;* vient alors l'étude des différents moyens mis en usage pour constater et apprécier la matière sucrée de l'urine des diabétiques, moyens qui se divi-

sent en organoleptiques, physiques, chimiques et physiologiques.

Mais le véritable nœud de la question est l'étude de l'origine du sucre qu'on rencontre dans le sang ; cette origine est double :

1° La *glycose* du sang provient des aliments, les uns à l'état d'amidon (étude de la digestion des amylacés, qui se fait principalement par le suc pancréatique *dans un milieu alcalin*), les autres à l'état de sucre de canne (saccharose); ces derniers ne deviennent un véritable *aliment* qu'après avoir été transformés en sucre interverti, en glycose; transformation qui ne se produit ni dans la cavité buccale, ni dans l'estomac, mais essentiellement dans l'intestin, et cela *uniquement par l'action du suc intestinal*, sans intervention du suc pancréatique. Une infusion de la membrane muqueuse intestinale renferme le ferment qui produit cette action et pour lequel Cl. Bernard propose le nom de *ferment inversif*, puisqu'il intervertit le sucre de canne. — Toutes les matières sucrées sont donc absorbées à l'état de glycose, dont on trouve une énorme quantité dans la veine-porte; mais dans le reste du système circulatoire, même pendant une absorption abondante d'aliments sucrés, la proportion de glycose ne varie pas sensiblement dans le sang. *C'est que le sucre est retenu dans le foie et y devient un aliment de réserve.* A propos de cette fonction importante du foie, le professeur expose les différentes hypothèses par lesquelles les anciens physiologistes, depuis Galien jusqu'à Bartholin, frappés du volume et de l'importance de l'organe hépatique, ont voulu se rendre compte de son rôle dans l'économie. La fonction d'organe spécialement destiné à retenir le sucre est aujourd'hui prouvée par de nouvelles expériences faites sur des chiens, auxquels Cl. Bernard avait préalablement oblitéré la veine-porte à l'entrée du foie, de façon que le sucre ne pût traverser cet organe en sortant de l'intestin. Or, dans ces conditions, ces animaux ont présenté, pendant la digestion et l'absorption d'aliments féculents, une quantité notable de glycose dans le sang et par suite dans l'urine.

Du reste M. Andral avait déjà signalé le cas d'un diabétique chez lequel il trouva à l'autopsie une oblitération de la veine-porte. Ce cas clinique réaliserait donc l'expérience de la ligature de la veine-porte pratiquée sur les animaux.

Ces données, toutes nouvelles, permettent déjà de comprendre que le foie est un organe d'une importance capitale dans la question de la glycémie. « *Il empêche ou modère l'entrée du sucre alimentaire dans le sang, de manière que la proportion de cette substance reste à peu près constante dans le sang artériel nourricier qui se distribue directement aux tissus.* »

2° Mais même en l'absence de matières féculentes ou sucrées dans l'alimentation, le sucre n'en persiste pas moins dans le sang artériel. C'est qu'il est une seconde source de glycose, *source physiologique qui se trouve encore dans le foie.* Le professeur rappelle

alors comment il découvrit, en 1848, ce fait capital que le sang qui sort du foie renferme toujours plus de sucre que celui qui y arrive; comment il démontra, en 1855, que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques se forme dans le foie, non par un dédoublement des éléments du sang, mais aux dépens d'une matière préalablement existante dans le tissu hépatique; comment enfin, en 1857, il détermina les caractères physiques et cliniques de cette matière qu'il nomma *glycogène*, et qu'il appelle volontiers aujourd'hui *amidon animal*. Le glycogène présente en effet la même composition que l'amidon : il donne avec l'acide azotique un composé explosible, une *xyloïdine* animale tout à fait analogue au *pyroxam* ou *xyloïdine* (Pelouze); traité par l'iode, il produit une coloration violette intermédiaire entre le bleu de l'amidon et le rouge de la dextrine; enfin le glycogène passe à l'état de dextrine par l'effet de tous les agents (suc pancréatique, salive, etc.) qui font subir la même transformation à l'amidon.

Cet *amidon animal* remplit le même rôle physiologique que l'amidon végétal; c'est une réserve qui ne peut être directement utilisée sous sa forme actuelle, et qui doit être préalablement changée en sucre pour participer au mouvement de la nutrition. Or il existe dans le foie un ferment, le *ferment hépatique*, qui, à chaque instant fait passer à l'état de glycose une partie du glycogène formé au sein des tissus de la glande.

Dès lors se pose nécessairement la question suivante : *Comment se forme la substance glycogène?* Quelles influences régissent sa production? — Or, les nouvelles expériences faites au laboratoire du Collége de France prouvent, comme celles entreprises déjà en 1855, que si l'alimentation féculente n'a pas une influence bien marquée sur la quantité de sucre qu'on trouve daus le sang (*voyez* plus haut), elle augmente, au contraire, notablement la *quantité de glycogène contenue dans le foie*. On est donc amené à supposer que *le sucre se transformerait en glycogène dans le foie, pour y être emmagasiné*, puisque c'est sous la forme de sucre que les aliments sortent de l'intestin pour passer dans la veine-porte et de là dans l'organe hépatique.

Une transformation semblable est-elle possible? Un certain nombre de faits rendent probable chez les végétaux cette *métamorphose* ascendante ou *régressive*, que la synthèse chimique n'a pu encore reproduire. Or, nous savons que le sucre disparaît dans son passage à travers le foie et qu'aussitôt le glycogène apparaît; il est donc permis de supposer que cette coïncidence n'est pas purement fortuite et que la disparition du sucre est la condition de l'apparition du glycogène.

La possibilité d'une transformation semblable, celle des matières azotées en glycogène, est démontrée par une expérience décisive. Si l'on prend des œufs de mouches et qu'on les dépose sur de la

viande dont il est impossible d'extraire la moindre trace de matière glycogène ou de glycose, on voit les vers qui naissent de ces œufs et se nourrissent de cette viande former dans leur corps une quantité d'amidon animal qu'on peut facilement extraire.

Revenant alors au diabète, le professeur montre que la *glycémie*, qui est le point de départ de la *glycosurie*, peut avoir deux origines, soit par un accroissement dans la formation du sucre, soit par une diminution d'intensité dans les phénomènes qui le détruisent.

La *destruction du sucre* dans l'économie est tout d'abord étudiée ; cette destruction est évidente et augmente avec l'activité de l'organisme ; ainsi, en excitant le nerf sciatique pour provoquer d'actives contractions musculaires de la jambe, on constate que le sucre se détruit plus rapidement dans le sang de ce membre. Quant au processus destructif, s'il est vrai qu'en dehors de l'organisme *les alcalis* sont les agents essentiellement capables de détruire les glycoses, M. Cl. Bernard pense que dans le milieu vivant cette destruction a lieu par *fermentation* et non par l'influence directe des alcalis du sang : il en donne une démonstration très-élégante en montrant que lorsque l'organisme détruit le sucre interverti (composé de lévulose et de glycose proprement dite), il y a bientôt un excès relatif de lévulose (soit dans le sang, soit dans les urines) parce que la glycose proprement dite est plus rapidement détruite par fermentation. Ce serait précisément le contraire qui se produirait si la destruction du sucre était due à l'influence des alcalis.

Quant à la *formation du sucre dans le foie*, elle constitue bien un *fait normal* et non un *phénomène cadavérique*, comme l'a prétendu Pavy ; aux expériences de ce physiologiste, qui s'appuyait surtout sur la rapidité avec laquelle il analysait le foie extrait d'un animal vivant, Cl. Bernard oppose les expériences encore plus rapides de Dalton (de New-York) qui a examiné des morceaux de tissu hépatique 3 ou 4 secondes après les avoir arrachés de l'abdomen d'un chien, et qui a trouvé en moyenne de 2 à 3 pour 100 de sucre dans le tissu. Il n'y a donc rien de cadavérique dans la formation du sucre, qui se produit et se détruit constamment dans le sang, et trouve dans le foie une source qui le fournit incessamment. Nous avons dans le foie les deux ordres de *phénomènes d'assimilation* et de *désassimilation :* les phénomènes d'assimilation correspondent à la formation de la matière glycogène ; les phénomènes de désassimilation répondent à sa transformation en dextrine et en glycose. Plus la vie est active, plus les phénomènes de désassimilation sont prononcés : aussi les oiseaux, remarquables par leur activité vitale, présentent-ils toujours beaucoup de sucre dans le sang et dans le foie ; par contre on ne trouve plus de sucre, mais seulement de la matière glycogène, dans le foie d'un animal engourdi par l'assoupissement hibernal. Il en est de même lorsqu'on réduit

un animal à sang chaud à la condition d'animal à sang froid, par exemple par la section de la moelle épinière entre la dernière vertèbre cervicale et la première dorsale (chez le lapin).

C'est aussi en agissant sur le système nerveux que l'on peut produire un surcroît d'activité, qui amènera une exagération de la glycogénèse, de la glycémie et produira en définitive la glycosurie ou diabète artificiel. Le professeur rappelle alors l'expérience de la piqûre du quatrième ventricule, et les recherches par lesquelles il reconnut que cette région des centres nerveux communique avec le foie, au point de vue de la fonction glycogénique, non par les pneumogastriques, mais par la moelle et le sympathique (grand et petit splanchniques). C'est par cette voie qu'est produite l'augmentation de la circulation du foie (nerfs vaso-moteurs), et c'est cette augmentation qui amène l'accroissement de la formation du sucre et la glycémie. — Le diabète artificiel qui accompagne dans certaines circonstances l'empoisonnement par le curare tient à un mécanisme semblable, à une action nerveuse vaso-motrice, exercée sur la circulation du foie, et non à ce que le système musculaire étant en repos, paralysé, la combustion du sucre n'aurait plus lieu dans les muscles.

Mais si le mécanisme de la production exagérée du sucre consiste toujours en un accroissement de la circulation de l'organe hépatique, il reste à déterminer si cet effet est le résultat d'une paralysie nerveuse, ou bien s'il ne serait pas dû, au contraire, à une exaltation portée sur certains centres ou certains nerfs.

Le diabète artificiel est toujours *temporaire* (cinq heures de durée chez le lapin) : ce caractère doit mettre sur la voie de la véritable théorie. Pour le diabète produit par le curare, point de difficulté : la substance est absorbée, elle est éliminée ensuite ; elle ne séjourne qu'un temps limité dans l'organisme, et il est naturel que l'influence toxique cesse complétement à mesure que la substance disparaît. Mais le caractère temporaire du diabète qui succède à la piqûre du quatrième ventricule rend impossible l'hypothèse d'une action simplement et originellement paralysante, car la paralysie, et par suite la glycosurie, devraient durer aussi longtemps que la lésion nerveuse. Le *diabète artificiel* serait donc produit dans ce cas par une *excitation* du bulbe. Les expériences sur la glande sous-maxillaire ont mis en évidence deux systèmes nerveux vaso-moteurs antagonistes, dont l'un (filet du grand sympathique) règle la circulation ordinaire, préside au repos de la glande, tandis que l'autre (appartenant à l'appareil cérébro-spinal) préside à l'activité de l'organe, en dilatant les vaisseaux, en accélérant la circulation. — Ces deux espèces de vaso-moteurs doivent exister pour le foie ; la dilatation des vaisseaux hépatiques tiendrait donc à l'entrée en action d'un nerf qui remplirait ici des fonctions identiques à celles

que le professeur du collége de France a démontrées pour la corde du tympan relativement à la glande sous-maxillaire.

Cette série de recherches permettant de comprendre la pathogénie du diabète observé chez l'homme, il ne resterait plus qu'à réaliser artificiellement un *diabète permanent*. « C'est, dit l'illustre physiologiste, le but que nous tâcherons d'atteindre; ce résultat une fois obtenu, nous serons aussi près que possible du cas pathologique du vrai diabète; alors nous serons à même d'en observer les conséquences, d'en comprendre le mécanisme, et plus tard de le guérir. »

M. DUVAL.

Experimental researches in cerebral physiology and pathology, par le Dr David FERRIER. (*The West Riding lunatic asylum medical Reports, Londres, Smith, Elder et Comp.*, 1873.)

Les expériences de Fritsch et de Hitzig démontrant que chez les mammifères la couche corticale du cerveau peut être stimulée par l'électricité, que dans les circonvolutions cérébrales résident certains centres dont le courant électrique réveille la fonction, laquelle se traduit par des mouvements définis dans le côté opposé du corps, ces expériences ont été reprises et développées par le Dr Ferrier, professeur au collége royal de Londres. L'auteur a fait usage du courant d'induction, avec lequel il peut tantôt circonscrire l'irritation dans des parties limitées du cerveau, tantôt provoquer une irritation diffuse sur tout un hémisphère.

Le Dr Ferrier insiste sur les causes multiples qui peuvent entraver l'opération, et indique avec détails les moyens d'éviter les accidents et de mener à bonne fin l'expérience. Il a opéré principalement sur le lapin, le chat et le chien; des expériences faites sur le singe, offrant quelques particularités spéciales, seront l'objet d'un nouveau travail. De même que Fritsch et Hitzig, il a échoué dans ses tentatives d'excitation, par le courant électrique, du cerveau des pigeons et des poules; toutefois, malgré l'absence de convulsions, l'application des électrodes à la surface cérébrale amène chez les oiseaux une vive congestion, comme chez les mammifères.

Des figures intercalées dans le texte permettent de suivre les expériences dans tous leurs détails, et de reconnaître exactement les parties de l'encéphale sur lesquelles porte l'excitation.

A l'aide d'explorations partielles et successives sur toute la surface du cerveau, l'auteur a pu indiquer des centres d'innervation définis, établir une sorte de géographie fonctionnelle d'une assez grande précision. Chaque hémisphère exerce son action sur le côté opposé du corps, et une symétrie complète existe entre les fonctions des deux hémisphères cérébraux. Certaines régions, en outre de leur

action croisée principale, peuvent également jouir d'une action bilatérale ; c'est ainsi que l'application des électrodes, immédiatement en avant de la scissure sylvienne d'un côté, amène l'ouverture de la bouche, et que leur application en arrière de la scissure fait rapprocher les mâchoires. Il en est de même pour les mouvements unilatéraux et bilatéraux de la bouche, de la langue et de certains muscles de la nuque qui dépendent de cette région.

L'application des électrodes sur les tubercules quadrijumeaux provoque instantanément un violent opisthotonos avec serrement des mâchoires, dilatation des pupilles, courbure du corps en arrière avec rapprochement de la tête et de la queue. En agissant isolément sur chaque tubercule, on obtient des effets croisés et bilatéraux ; l'irritation sur un lapin du tubercule antérieur droit produit la dilatation des deux pupilles, l'extension de la nuque, du dos et des jambes, mais les membres gauches s'étendent plus fortement que les droits ; l'irritation du tubercule antérieur gauche est suivie exactement du phénomène inverse. Enfin la stimulation électrique portée sur le cervelet chez le lapin démontre que cet organe coordonne le mouvement des globes oculaires ; en effet, l'application, des électrodes sur la partie antérieure de l'un des lobes latéraux s'accompagne de nystagmus.

L'application, chez le chien, des électrodes sur le corps strié, après la division du corps calleux, provoque durant l'irritation un pleurothotonos très-rigide, avec rapprochement des extrémités et prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs. Le retrait des électrodes s'accompagne aussitôt de la cessation des accidents. L'action est toujours croisée ; l'irritation du corps strié droit produit le pleurothotonos gauche et celui de gauche le pleurothotonos droit.

L'application des électrodes sur la couche optique, sur les lobes postérieurs du cerveau, sur le grand hippocampe, sur la circonvolution du fornix, ne provoque aucun mouvement et n'a point conséquemment de signification motrice.

Si au lieu d'agir sur chaque centre en particulier, comme précédemment, on applique les électrodes d'une manière rapide et successive sur les différentes régions des hémisphères, l'animal exécute une série de mouvements choréiformes, c'est-à-dire des secousses spasmodiques de tous les muscles et des groupes de muscles dont les régions atteintes sont les centres. En outre de l'exploration isolée et passagère des différents centres, de la stimulation rapide et successive des diverses régions, le Dr Ferrier a étudié aussi l'action diffuse du courant sur un hémisphère entier. Quand les électrodes sont, en effet, appliqués l'un en avant de la région frontale, l'autre à la région occipitale, il survient une attaque épileptiforme unilatérale du côté opposé. Les convulsions ne se produisent pas au moment même de l'application des excitateurs : il se passe quelques secondes pendant lesquelles l'hémisphère stimulé

devient le siége d'une fluxion sanguine considérable. Partant de ce fait, le Dr Ferrier voudrait, d'une manière générale, faire jouer à la congestion de la surface des hémisphères le rôle principal dans la production d'une attaque épileptique, mais le mécanisme de l'épilepsie n'est pas toujours le même et l'on sait, en effet, que dans l'épilepsie par l'absinthe, le premier stade (tonique) de l'attaque et la congestion cérébrale se produisent *simultanément* : ce sont deux phénomènes de même date ; la congestion ne pourrait donc pas être considérée dans ce cas comme cause productrice de l'attaque.

Le Dr Ferrier discute ensuite les questions de physiologie pathologique, en s'efforçant de rapprocher les données de l'expérimentation des enseignements de la clinique, mais sans apporter, à notre avis, dans cette seconde partie du mémoire, la précision et la rigueur qui ont présidé à ses recherches expérimentales.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes, que nous croyons devoir rapporter :

1° Les parties antérieures des hémisphères cérébraux sont les centres principaux du mouvement volontaire et de l'active manifestation extérieure de l'intelligence.

2° Chaque circonvolution est un centre séparé et distinct ; et, dans certains groupes définis de circonvolutions (quelques-uns déjà indiqués par les recherches de Fritsch et de Hitzig) et dans les régions correspondantes de cerveaux sans circonvolutions, se trouvent localisés les centres pour les mouvements variés des paupières, de la face, de la bouche, de la langue, de l'oreille, de la nuque, de la main, du pied, de la queue. On peut trouver dans la différenciation des centres, des différences frappantes en rapport avec les habitudes de l'animal. Ainsi les centres pour la queue chez les chiens, la patte chez les chats, les lèvres et la bouche chez les lapins, sont bien distincts et bien accusés.

3° L'action de l'hémisphère est en général croisée, mais certains mouvements de la bouche, de la langue, de la nuque sont coordonnés bilatéralement par chaque hémisphère cérébral.

4° Les causes probables des différentes épilepsies sont, comme le Dr Hughlings Jackson le suppose, des lésions déchargeantes (*discharging lesions*) des différents centres dans les hémisphères cérébraux. Les phénomènes convulsifs peuvent être limités artificiellement à un muscle ou à un groupe de muscles, ou peuvent intéresser tous les muscles représentés dans les hémisphères cérébraux, s'accompagnant alors d'écume à la bouche, de morsure à la langue et de perte de connaissance. Lorsqu'ils sont provoqués artificiellement chez l'animal, généralement ces phénomènes se montrent d'abord dans les muscles qui dépendent le plus souvent de la volonté, d'accord en cela avec les observations cliniques du Dr Hughlings Jackson.

5° La chorée est de même nature que l'épilepsie, dépendant de

lésions déchargeantes momentanées et successives des différents centres cérébraux. Sous ce rapport, les vues du Dr Hughlings Jackson sont de nouveau expérimentalement confirmées. (Dans cette conclusion, le Dr Ferrier force évidemment les analogies, la nature de la chorée est essentiellement distincte de celle de l'épilepsie.)

6° Les corps striés ont une action croisée et sont des centres pour les muscles du côté opposé du corps. L'irritation puissante de l'un d'eux amène le pleurothotonos rigide, les fléchisseurs prédominant sur les extenseurs.

7° La couche optique, le fornix, le grand hippocampe et les circonvolutions groupées autour de lui n'ont aucune signification motrice et sont probablement unis aux sensations.

8° Les lobes optiques ou les corps quadrijumeaux, en dehors de leur action sur la vision et sur les mouvements de l'iris, sont des centres pour les muscles extérieurs de la tête, du tronc et des jambes. L'irritation de ces centres cause un rigide opisthotonos et du trismus.

9° Le cervelet est le centre coordinateur pour les muscles des globes oculaires. Chaque lobule séparé chez le lapin est un centre distinct pour les altérations spéciales des axes optiques.

10° De l'intégrité de ces centres dépend le maintien de l'équilibre du corps.

11° Le nystagmus ou l'oscillation des globes oculaires est une affection épileptique des centres cérébelleux oculo-moteurs.

12° Ces résultats expliquent beaucoup de symptômes jusqu'ici restés obscurs de maladies cérébrales, et nous rendent capables de localiser avec une plus grande certitude beaucoup de formes de lésions cérébrales. MAGNAN.

Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirns (Recherches expérimentales sur les fonctions du cerveau), par H. NOTHNAGEL. (*Virchow's Archiv f. path. Anat. u. Phys.*, *vol. LVII et LVIII.*)

On connaît déjà, par une brève communication analysée dans le premier numéro de ce recueil, p. 71 (*Centralblatt*, 26 octobre 1872), la méthode au moyen de laquelle l'auteur a obtenu les résultats dont nous allons rendre compte, et dont il revendique la priorité au bénéfice de M. le professeur Heidenhain. Sans entrer dans la discussion que son assertion soulève, disons qu'il s'est proposé d'étudier les effets physiologiques de lésions très-petites et très-circonscrites du cerveau. Dans ce but, à travers une perforation très-fine des parois osseuses du crâne, il injectait, au moyen d'une seringue de Pravaz, dans les centres nerveux une fraction de goutte (1/4 à 1/2) d'acide chromique concen-

tré; l'animal choisi pour ces recherches était le lapin ; et si le liquide ne pénétrait pas dans les ventricules (accident qui cause la mort en 10 à 30 minutes), il suivait l'observation du sujet en expérience jusqu'à la mort qui arrivait le plus souvent d'une façon subite de 3 à 6 semaines après l'opération. Il croit, en agissant ainsi, avoir évité les causes d'erreur résultant de l'hémorrhagie, du refroidissement des centres nerveux, de la modification de la pression intra-crânienne. L'examen anatomique dans ces expériences montre au point où l'injection a été pratiquée un noyau dur, coloré en vert et entouré, lorsque la vie de l'animal s'est un peu prolongée, d'une zone peu étendue d'encéphalite. — Nous verrons bientôt que l'auteur a abandonné sa méthode dans plusieurs de ses expériences ultérieures, et qu'il est revenu aux dilacérations limitées du cerveau contre lesquelles il s'élève fort dans son premier mémoire. Quoi qu'il en soit, ses recherches portent sur une imposante série d'observations qui l'ont conduit à établir les propositions suivantes :

Les lésions des *hémisphères* ont amené des troubles divers suivant leur siége : une *altération du sens musculaire*, sans affaiblissement de la motilité, altération concernant les muscles du membre antérieur du côté opposé et durant 6, 8, 10 et même 12 jours pour disparaître ensuite, Chez le chien le trouble du sens musculaire se révélait même au membre postérieur. Le point très-limité dont la lésion produit ce désordre est situé à la convexité du cerveau, à une distance de sa surface et de sa pointe frontale que l'auteur précise avec soin ; Fritsch et Hitzig l'avaient déjà désigné dans leurs expériences. La disparition ultérieure des troubles fonctionnels fait dire à Nothnagel que ce n'est point le centre réel du sens musculaire, mais un point important des fibres afférentes qui était atteint dans ces cas. — Il a noté, en outre, chez les chiens une ataxie manifeste à la suite de cette lésion.

Les *paralysies musculaires* surviennent dans des groupes différents du côté lésé et du côté opposé, de telle sorte que la patte du côté sain se dévie en dedans, celle du côté blessé se dévie en dehors, quand on fait l'injection en avant du point précité et un peu en dehors de lui. Ces troubles, eux aussi, sont passagers et disparaissent après un espace de 10-14 jours.

L'injection pratiquée en d'autres points de la convexité de l'hémisphère (sans y comprendre les ganglions) donna des résultats analogues, mais peu marqués ou nuls quaud l'écorce seule était intéressée ; pour que la paralysie se produisit, il fallait que les irradiations médullaires fussent atteintes, on voyait alors se montrer en outre une tendance au mouvement de manége. — Le caractère transitoire de ces désordres amène Nothnagel à poser la question de la suppléance possible d'un point de l'hémisphère par un autre et à mettre en doute par analogie la localisation des facultés intellectuelles en certains points définis de l'écorce du cerveau.

Les lésions du *noyau lenticulaire*, surtout quand elles portent sur sa moitié antérieure, produisent des troubles paralytiques des extrémités, auxquels il faut ajouter une déviation de la colonne vertébrale qui décrit alors une convexité tournée du côté sain. Ces troubles sont beaucoup moins fugaces que ceux qui résultent de l'altération d'un point des hémisphères ; jamais ils ne se sont accompagnés de désordres de la sensibilité.

Quant au *noyau caudé*, Nothnagel en pratiquant des injections dans un point très-circonscrit et situé près de sa face ventriculaire, à peu près au milieu de sa longueur, a vu survenir des mouvements coordonnés de locomotion, d'abord lents, puis de plus en plus rapides, enfin tumultueux, avec conservation pour l'animal de la faculté de diriger sa course, d'éviter et de franchir les obstacles, mais avec un caractère spécial comme s'il cédait à une impulsion irrésistible au mouvement ; N... s'est beaucoup appesanti sur la description et l'explication de ce phénomène bizarre qui lui paraît dû à ce que l'excitation de ce point déterminé, si faible qu'elle soit, met en jeu le mécanisme par lequel se fait la locomotion coordonnée. Il a donné à ce centre le nom de *nucleus cursorius*. Les injections pratiquées dans le reste du noyau caudé ne donnent lieu qu'aux troubles ordinaires du mouvement (déviation des pattes en sens inverse, paralysies partielles).

Il en est de même des lésions de la *voûte à 4 piliers*.

Dans une nouvelle série d'expériences relatées dans un second mémoire, l'auteur abandonne la méthode des injections pour adopter la simple piqûre des centres nerveux au moyen d'une aiguille fine. Ce procédé lui a révélé des troubles d'un ordre tout différent que provoque la piqûre du lobe postérieur du cerveau à peu près dans tout l'étendue de la *pointe occipitale*. Ce sont des convulsions et des spasmes, apparaissant au moment de la lésion ou quelques dixièmes de seconde après et durant au plus 1 à 2 minutes. Ils varient depuis un simple état d'agitation jusqu'aux convulsions épileptiformes caractérisées : souvent un cri accompagne leur début; ils laissent un peu de déviation de la patte opposée, mais aucun trouble de la sensibilité : la lésion de chacun des 2 lobes occipitaux les cause, et N..., pour des raisons que nous devons passer sous silence, en fait des phénomènes d'excitation motrice directe. Jamais ces désordres ne s'accompagnent de perte de connaissance.

Les lésions de la *corne d'Ammon* n'ont jamais produit d'autres troubles que ceux qui dépendent de la méningite qui très-fréquemment les accompagne.

Arrivant à l'étude des fonctions de la *couche optique*, Nothnagel a multiplié et varié ses expériences. Il a dans plus de 40 cas essayé des injections, des piqûres, des sections transversales. Dans le cas de petites lésions les résultats de l'expérience étaient négatifs ou peu s'en faut. La parésie des extenseurs notée par

Schiff n'a pu être reproduite d'une manière manifeste par l'auteur. Quand les lésions étaient plus profondes, apparaissaient des troubles légers et fugaces de la motilité. Dans quelques cas seulement où la blessure se rapprochait de l'expansion du pédoncule cérébral, il y avait une forte déviation de la patte antérieure correspondante en dehors, de l'opposée en dedans, et manége en sens inverse au côté de la lésion. Comme dans les expériences de Schiff, la section horizontale cause au moment de la blessure un mouvement brusque vers le côté blessé, puis une déviation très-persistante vers le côté opposé, à laquelle le membre postérieur ne participe pas. Jamais l'auteur n'a noté dans ces cas d'anesthésie, mais peut-être parfois un peu d'hyperalgésie du côté correspondant. L'auteur conclut de ces expériences que les irradiations motrices sont plus ou moins dissociées dans la couche optique, puis qu'il faut en faire une section totale pour obtenir des troubles moteurs importants et continus.

Les dernières pages de ce mémoire sont consacrées à une critique approfondie et très-sévère des expériences et des théories de M. Fournié sur les fonctions du cerveau. PAUL BERGER.

Note sur de nouvelles expériences relatives à la réunion bout à bout du nerf lingual et du nerf hypoglosse, par M. VULPIAN. (*Archives de physiologie*, 1873, *n°* 5.)

MM. Vulpian et Philipeaux ont démontré que l'on peut obtenir la réunion, bout à bout, du bout périphérique du nerf hypoglosse avec le bout central du nerf lingual, ces deux nerfs ayant été coupés et une partie de leurs bouts non employés pour cette réunion ayant été excisée. Après la régénération du bout périphérique de l'hypoglosse, une excitation portée plus haut sur le bout central du lingual détermine alors, comme on le sait, des contractions musculaires dans la moitié correspondante de la langue. MM. Vulpian et Philipeaux en ont conclu qu'il n'existe aucune différence fondamentale entre le mode d'activité des fibres nerveuses sensitives et celui des fibres nerveuses motrices, et que les fibres nerveuses sont de simples conducteurs pouvant transmettre des excitations dans les deux sens, centripète et centrifuge.

Les choses en étaient là, lorsque M. Vulpian démontra (Académie des sciences et Société de Biologie, 1873) que c'est à son anastamose avec la corde du tympan que le nerf lingual doit l'aptitude motrice qu'il acquiert, lorsque le nerf hypoglosse correspondant a été coupé. Ajoutons que M. Vulpian a observé que le nerf lingual perdait cette propriété quand le nerf hypoglosse, après s'être réuni

à son bout central et régénéré, avait recouvré ses fonctions premières.

Ces recherches sur l'anastomose de la corde du tympan et du lingual établissent que ce dernier nerf renferme des fibres motrices, ou du moins des fibres qui le deviennent quand le nerf hypoglosse est sectionné. Il en résulte qu'en réunissant le bout périphérique du nerf hypoglosse au bout central du lingual, MM. Vulpian et Philipeaux ne réunissent plus un nerf purement moteur à un nerf exclusivement sensitif. Alors l'expérience perd toute sa portée.

M. Vulpian a fait de suite cette critique dès qu'il eut démontré que les fibres anastomotiques allant de la corde du tympan dans le lingual étaient ou devenaient motrices quand l'hypoglosse est sectionné, et il a institué immédiatement une série d'expériences dans lesquelles on réunit le bout central du nerf lingual avec le bout périphérique du nerf hypoglosse du même côté. On attend alors trois mois. Au bout de ce temps, lorsque la soudure a réussi, on obtient toujours des contractions dans la moitié correspondante de la langue lorsqu'on excite le bout central du nerf lingual. Au bout de ces trois mois, et quelques jours avant d'examiner si les excitations du bout central du nerf lingual se transmettent au bout périphérique du nerf hypoglosse, on coupe la corde du tympan du même côté, dans la caisse du tympan.

Sur trois chiens qui ont survécu, voici ce que l'on a constaté :

Chez les trois animaux, le bout périphérique du nerf hypoglosse était dans un état de régénération très-avancé et renfermait, au milieu de fibres saines, un certain nombre de fibres altérées, offrant à peu près le même degré d'altération que les fibres de la corde du tympan sectionnée quelques jours auparavant.

Dans deux de ces expériences, la corde du tympan a été complétement coupée, et dans les deux cas les excitations mécaniques ou électriques portant sur le bout central du nerf lingual réuni au bout périphérique du nerf hypoglosse n'ont déterminé aucune contraction dans la langue.

Dans l'autre expérience, la corde du tympan n'a été sectionnée que très-incomplétement, et dans ce cas les excitations du bout central du nerf lingual réuni au bout périphérique du nerf hypoglosse suscitaient des mouvements très-manifestes dans la moitié correspondante de la langue.

Ces expériences sont encore plus nombreuses et M. Vulpian reviendra prochainement sur ce sujet. Voici cependant les conclusions qui paraissent résulter des trois faits précédents :

L'excitation qui se transmet du nerf lingual au nerf hypoglosse, quand on irrite le bout central du premier nerf uni au bout périphérique du second, se propage de l'un de ces nerfs à l'autre, uniquement par les fibres anastomotiques fournies au nerf lingual par la corde du tympan, nerf moteur. Ce ne sont donc pas des fibres sen-

sitives qui transmettent au nerf hypoglosse les excitations portant sur le bout central du nerf lingual, et l'on ne peut tirer de cette expérience aucun argument pour prouver l'identité des propriétés physiologiques des fibres nerveuses motrices et des fibres nerveuses sensitives.

De même, lorsque dans l'expérience de la soudure du lingual et de l'hypoglosse, une irritation du lingual produit en même temps des sensations douloureuses et des contractions musculaires, il ne s'ensuit pas que les fibres nerveuses propagent dans les deux sens, centripète et centrifuge, les diverses excitations qui portent sur un point quelconque de leur longueur. A. JOFFROY.

Experimentelle Untersuchungen der einfachsten psychischen Processe (Recherches expérimentales sur les phénomènes psychiques les plus élémentaires), par le Dr Sigm. EXNER, de Vienne. (*Pflüger's Archiv*, 1873, *Bd VII, Heft* 12, *pp.* 601-660, *avec une planche.*)

Ce mémoire est principalement consacré à l'étude physiologique de ce que les astronomes appellent « l'*équation* ou *l'erreur personnelle.* » Une des opérations astronomiques les plus usuelles consiste à noter exactement le moment du passage d'une étoile au méridien de l'observatoire, méridien représenté par un fil tendu verticalement dans le champ du télescope. L'observateur enregistre le moment précis où l'étoile arrive derrière le fil en donnant un signal quelconque, en arrêtant par exemple, à l'aide d'un levier, l'aiguille d'un appareil chronoscopique. Or, l'expérience démontre que le signal n'est jamais produit au moment même du passage de l'étoile derrière le fil, mais tantôt plus tôt, tantôt plus tard, selon les observateurs. Les moyennes d'un certain nombre d'erreurs d'un même observateur donnent un chiffre à peu près constant, qui est l'*erreur personnelle* de cet observateur.

La comparaison des moyennes des résultats obtenus par deux observateurs donne ce qu'on appelle « l'*équation personnelle* » de ces deux observateurs. Ainsi, en 1814, l'équation personnelle Struve-Bessel était de $0^{sec},04$, c'est-à-dire que pendant l'année 1814, si Struve observait le passage d'une étoile à 8 heures, par exemple, Bessel l'avait déjà observé $0^{sec},04$ auparavant. L'erreur personnelle varie non-seulement selon les sujets, mais selon la direction des astres, selon leur vitesse apparente, selon la position de l'observateur, etc.

Les variations de l'erreur personnelle et les moyens d'y remédier ont été l'objet de nombreux travaux de la part des astronomes, particulièrement de Bessel, d'Arago et récemment de deux savants

suisses, Hirsch et Plantamour. Tous ces travaux ont été très-clairement résumés par M. Radau (*Monit. scien. Quesneville*, n° du 16 novembre 1865 et suivants), dans l'article duquel Exner a puisé la plupart des données historiques qui servent d'introduction à son travail.

Exner a repris ces recherches au point de vue purement physiologique. Il fait agir différents excitants sur divers points du corps et détermine le temps nécessaire à la production d'une réaction *volontaire ;* c'est ce qu'il appelle *la durée de la réaction*. Pour lui, comme pour les astronomes, l'équation personnelle est le résultat de la comparaison de la durée de la réaction de deux observateurs.

Le mémoire se divise en trois parties : la première est consacrée à la détermination de la durée réactionnelle, selon les individus et les conditions diverses qui les font varier; la deuxième partie comprend l'étude analytique de la durée de la réaction et des différents facteurs physiologiques qui interviennent pendant cet acte ; enfin, la dernière partie du mémoire, et la moins importante, établit un parallèle entre les résultats que donne une impression sensorielle brusque ou bien une impression prévue et attendue.

I. *Détermination de la durée de la réaction.* — Dans la recherche de l'erreur personnelle, telle que la pratiquent les astronomes, il s'agit d'un phénomène en quelque sorte prévu, puisque l'étoile se rapproche graduellement du fil. En physiologie, et pour la simplicité du problème, il vaut mieux employer une impression sensorielle brusque, soudaine, telle qu'une décharge électrique agissant sur la peau, ou une étincelle électrique impressionnant subitement la rétine. L'appareil employé par l'auteur, et dont il donne le dessin, est un cylindre tournant sur lequel vient s'inscrire l'excitation (électrique) d'abord, puis la réaction du sujet qui consiste en l'abaissement brusque d'un levier. La distance qui sur le papier enfumé sépare les deux signaux, la vitesse de rotation du cylindre étant connue à l'avance, permet de déterminer la durée de la réaction à un dix-millième de seconde près. On voit que ce procédé est identique à celui que Helmholtz a employé pour étudier la vitesse de propagation du courant nerveux.

L'auteur consigne dans des tableaux le temps qui s'écoule chez divers individus entre le moment où un courant agit sur la peau de la main gauche et celui où le sujet donne le signal de la main droite. Le chiffre minimum, recueilli sur un jeune homme de 22 ans, est $0^{sec}1295$; le plus considérable, obtenu sur un vieillard de 76 ans, peu intelligent, est de $0^{sec},9952$. Il ne faudrait pas croire cependant que la durée de la réaction est dans un rapport quelconque avec l'âge du sujet ; elle est d'autant plus courte, en règle générale, que l'individu en expérimentation est plus maître de ses impressions et de ses mouvements.

Le degré d'*attention* que présente l'observateur entre en effet pour beaucoup dans les résultats obtenus. L'auteur entre à ce sujet dans une analyse psychologique assez fine dont voici le résumé : Quand, dit-il, nous sommes dans l'attente de l'excitation, il se produit dans le sensorium une modification toute particulière, en vertu de laquelle la réaction se fait d'une façon en quelque sorte involontaire. Cela veut dire que les centres nerveux sont alors ainsi disposés qu'il n'est pas besoin d'une nouvelle impulsion volontaire pour provoquer la réaction. Ce qu'il y a de volontaire dans la réaction, ce n'est donc pas le fait de la réaction en lui-même, mais la modification centrale en vertu de laquelle l'individu *s'apprête* à réagir. Que si, pour une raison ou pour une autre, cette modification centrale vient à cesser ou ne se produit pas, si le sujet est distrait par exemple, alors la durée de la réaction est considérablement augmentée et peut aller jusqu'à une seconde. Dans ce cas l'impulsion volontaire, n'étant point préparée, suit l'excitation, d'où le retard observé. Telle est, réduite à sa plus simple formule, l'explication du phénomène psychique de l'*attention*.

Si l'on veut réduire la durée de la réaction à son minimum, il faut pousser l'attention jusqu'à l'anxiété, mettre par exemple son esprit dans un état de tension analogue à celle où l'on se trouve quand on attend le signal du départ pour une course, ou bien dans ce jeu qui consiste à retirer la main avant qu'un autre ne la frappe. L'auteur a beaucoup varié ces expériences, pour les détails desquels nous devons renvoyer au mémoire original.

Outre le degré plus ou moins grand de l'attention, ce qui fait encore varier la durée de la réaction, c'est le lieu où s'applique l'excitant et le sens qu'il sollicite. Ici aussi la voie a été ouverte par Helmholtz, qui excitait le bras à deux endroits différents pour déterminer la vitesse de conduction des nerfs sensibles. L'auteur cite aussi en passant Donders, mais en omettant de signaler l'analogie des recherches antérieures de ce physiologiste avec les siennes propres. Il résulte des chiffres consignés par Exner dans ses tableaux, que la durée de la réaction va en augmentant dans l'ordre suivant : la durée la plus courte correspond à l'excitation directe de la rétine à l'aide d'un courant induit traversant le globe oculaire; vient ensuite l'excitation électrique de la peau de la main gauche (la main droite étant celle qui donne le signal), puis vient une impression auditive brusque, puis l'excitation électrique de la peau du front ; viennent ensuite l'excitation électrique de la peau de la main droite (la même main donnant toujours le signal) ; la vue d'une étincelle électrique, et enfin l'excitation électrique de la peau des orteils. Parmi ces résultats, il est à remarquer que l'excitation de la main qui donne le signal exige une durée réactionnelle plus longue que quand l'excitation porte sur l'autre main; il est probable, comme l'admet l'auteur, que

l'appréciation d'une sensation et d'un mouvement est plus lente quand ces phénomènes se passent dans une même région que quand ils sont topographiquement distincts.

Plus l'excitation est intense, toutes choses égales d'ailleurs, plus la réaction est sûre et rapide. L'exercice diminue la durée de la réaction.

Les substances excitantes, tels que le thé, le café, absorbées en quantité assez fortes, n'abrégent point la réaction non plus que la morphine ne l'augmente. Toutefois, il résulte des expériences d'Exner qu'après l'ingestion de deux litres de vin du Rhin, la réaction est notablement ralentie (près d'un dixième de seconde). Chose curieuse, le sujet, dans cet état d'ébriété, croit au contraire réagir plus vite qu'à l'état normal; en réalité il réagit plus lentement, mais plus énergiquement.

II. — *Analyse de la durée de la réaction.* — Elle se compose : 1° du temps nécessaire pour que la force qui agit sur l'appareil sensitif se transforme en excitation nerveuse : ce temps fait défaut quand le nerf est directement excité; 2° du temps que l'excitation met à parcourir le nerf jusqu'au centre nerveux ; 3° du temps que l'excitation met à cheminer dans la moelle : ce temps manqne quand c'est un nerf crânien qui est excité ; 4° du temps nécessaire à la transformation, dans les centres, de l'impression en excitation motrice; 5° du temps que l'excitation motrice met à parcourir la moelle; 6° du temps que met l'excitation à parcourir le nerf moteur; enfin 7° de celui qui est nécessaire à la production de la contraction musculaire.

Un certain nombre de ces données sont parfaitement connues ; ce sont celles désignées par les numéros 2, 6 et 7.

La détermination du temps nécessaire à la transformation de l'excitation des appareils sensoriels en une excitation nerveuse n'a pu être pratiquée que sur la rétine (en notant la différence entre la durée de la réaction à la suite d'une impression visuelle et d'une excitation électrique directe de la rétine) et n'a pas donné de résultats concluants. Mais Exner est arrivé à déterminer, avec une précision qui paraît assez satisfaisante, la vitesse de conduction de la moelle humaine. D'après ses recherches, les impressions sensitives chemineraient le long de la moelle avec une vitesse d'environ 8 mètres, et les excitations motrices avec une vitesse de 11 à 12 mètres par seconde. Voici, en substance, par quel moyen il arrive à ces chiffres. Il excite la main gauche ; la durée de la réaction (le signal étant donné par la main droite) est de $0^{sec},1283$; il excite ensuite le pied gauche ; la durée de la réaction est de $0^{sec},1749$. Le retard de cette dernière est la somme du temps nécessaire à l'excitation pour parcourir la longueur de la moelle qui s'étend entre le renflement lombaire et le renflement cervical, ajouté à celui qu'il lui faut pour franchir les 30 centimètres de nerf que le membre

inférieur mesure en plus que le membre supérieur. Or, comme ce dernier temps est connu, une simple soustraction donne la durée que met l'excitation à aller du renflement lombaire au renflement cervical de la moelle. Un calcul analogue portant sur la différence de la durée de la réaction, selon que le signal est donné par la main ou le pied, permet d'évaluer la vitesse de transmission des excitations motrices dans la moelle.

Les chiffres ainsi obtenus montrent que la vitesse de conduction, tant sensitive que motrice, est bien plus faible pour la moelle que pour les nerfs (où elle est d'environ 30 mètres par seconde d'après Helmholtz).

Nous n'aborderons pas l'analyse de la troisième partie du mémoire, consacrée à l'étude des variations de l'erreur personnelle selon le degré plus ou moins grand de brusquerie de l'impression sensorielle, problèmes qui sont surtout importants pour la technique astronomique. Ce qui précède suffira, nous l'espérons, pour donner une idée de la méthode qui préside à ces recherches délicates, encore trop peu connues parmi nous, et qui tendent de plus en plus à rendre justiciables de l'expérimentation physiologique des phénomènes qui, jusqu'ici, paraissaient n'appartenir qu'au domaine de la psychologie pure. STRAUS.

Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Herzwirkung des Calabar nebst nachträglichen Bemerkungen über Arythmie (Recherches expérimentales à propos de l'action de la fève de Calabar sur l'arhythmie), par le Dr H. KOHLER, de Halle. (*Archiv f. experiment. Pathologie; Leipzig*, 1873, *n°* 5.)

L'auteur divise son étude en trois chapitres :

I.— *Antagonisme* chez les grenouilles entre l'action sur le cœur de l'atropine et de la fève de Calabar.

Deux expériences rapportées avec tracé, jointes à beaucoup d'autres faits, prouvent que cet antagonisme n'existe pas pour le cœur de la grenouille.

Elles démontrent aussi les propositions suivantes :

1° Si les extrémités du nerf vague dans le cœur de la grenouille ont été paralysées par l'atropine, l'action de la fève de Calabar ne leur rendra pas leurs propriétés.

2° La fève de Calabar, comme l'a déjà prouvé Roher, paralyse les filets nerveux accélérateurs du mouvement du cœur chez la grenouille.

3° La fève de Calabar n'agit en aucune façon sur les ganglions musculo-moteurs du cœur.

L'antagonisme entre la fève de Calabar et l'atropine n'existe que chez les animaux à sang chaud.

II. — *Antagonisme* entre l'action de la saponine et de la fève de Calabar sur l'action du cœur.

Sept expériences sont faites sur ce sujet ; quatre d'entre elles établissent les conclusions suivantes :

1° L'action combinée de la saponine et de la fève de Calabar prouve le pouvoir qu'a la fève de Calabar d'exciter les terminaisons du nerf vague; car lorsque la saponine a enlevé à une partie des filets cardiaques leur propriété d'enrayer les mouvements de l'organe, cette propriété, sous l'influence d'un courant d'induction, leur est restituée, grâce à la fève de Calabar.

2° Dans tous les cas, la fève de Calabar, au moment de l'injection, produit un ralentissement des mouvements du cœur subordonné, comme l'augmentation de la pression intra-cardiaque, à l'irritation des nerfs vagues. (Plus tard il peut survenir une accélération des mouvements.)

3° La fève de Calabar ne paralyse ni les muscles du cœur ni les ganglions musculo-moteurs de l'organe, elle n'agit en aucune façon sur ces derniers.

4° La fève de Calabar paralyse-t-elle les filets nerveux d'activité des mouvements du cœur, comme l'a dit Roher? Cela ne peut être démontré par les expériences où l'action de la fève de Calabar est combinée à celle de la saponine, qui enlève leur activité à ces filets nerveux.

5° Il résulte de ces expériences que le seul antagonisme qui existe entre l'action de la saponine et la fève de Calabar ne se présente que pour les doses toxiques qui ne tuent pas, et non plus pour les hautes doses qui tuent en quelques minutes. L'explication de cette particularité résulte de ce que la fève de Calabar agit toujours sur la respiration.

6° C'est là le seul antagonisme à signaler au point de vue actuel, et sur ce même point il ne saurait être question d'antidote.

Cet antagonisme entre l'action des deux poisons sur les terminaisons du nerf vague n'existe pas chez les animaux à sang froid, les grenouilles par exemple.

III. — *Remarque* sur l'arhythmie des mouvements du cœur.

Les différentes expériences qui ont été faites sur ce sujet peuvent être rangées en 3 groupes :

a) *Action sur les vaisseaux périphériques.*

1° Contraction puis dilatation. (Atropine, chloroforme, saponine.)

2° Contraction persistante jusqu'aux instants qui précèdent la mort. (Digitaline, ergot de seigle.)

b) *Action sur les extrémités du nerf vague dans le cœur.*

1° Les extrémités du nerf vague restent intactes ou sont paralysées. (Aconitine, Böhm.)

2° Les extrémités du nerf vague sont paralysées passagèrement. (Caféine, Aubert).

3° Les extrémités du nerf vague sont irritées passagèrement. (Chloroforme, Heidenhain).

4° Les extrémités du nerf vague sont paralysées d'une façon persistante. (Atropine, Schmiedelberg; saponine, Köhler.)

5° Les extrémités du nerf vague sont fortement irritées et d'une façon persistante. (Digitaline, ergot de seigle.)

c) Action sur les muscles du cœur.

1° L'activité des muscles du cœur est diminuée d'une façon persistante. (Aconitine, atropine, caféine, chloroforme, saponine.)

2° L'activité des muscles du cœur est d'abord augmentée, puis fortement diminuée. (Digitaline, seigle ergoté.)

Ceci posé, l'auteur fait remarquer que l'arhythmie ne peut se produire à priori que dans les trois circonstances suivantes : irritation du nerf frénateur du cœur ; affaiblissement de son système vasculo-moteur; contraction du système circulatoire périphérique.

Cette dernière hypothèse doit être rejetée de suite par cette seule considération que la fève de Calabar qui contracte les vaisseaux périphériques ne produit pas l'arhythmie.

Les expériences de Schmiedelberg avec l'atropine et la muscarine, celles de l'auteur avec l'atropine, la saponine et la fève de Calabar, ont démontré que l'arhythmie n'est pas produite par l'excitation des nerfs frénateurs.

Reste donc l'hypothèse qui attribuerait l'arhythmie soit à la paralysie des centres musculo-moteurs du cœur, soit à l'action directe du poison sur les muscles du cœur.

L'auteur indique d'abord que l'arhythmie s'accompagne d'un abaissement considérable de la pression sanguine, d'une évacuation incomplète du ventricule gauche, d'une diminution des contractions cardiaques pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet de l'action du ventricule. Puis, discutant longuement les tracés qu'il a obtenus, il conclut que l'arhythmie est due à l'irritation des muscles du cœur par le sang contenant un poison, irritation qui entraîne à sa suite une fatigue momentanée, le relâchement, l'atonie des muscles ventriculaires.

La fève de Calabar ne produit point l'arhythmie, parce qu'elle laisse intacts jusqu'à la mort les muscles et les ganglions cardiaques, et qu'elle va même jusqu'à entraver l'arhythmie produite par les injections de saponine ou d'atropine. VICTOR HANOT.

Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie, par Ch. L. ROSAPELLY. (*Thèse de Paris*, 1873.)

La première partie de cette thèse est une revue des opinions émises sur l'aspiration thoracique, son mécanisme et ses effets. Rosapelly, à l'aide des résultats de Donders et des siens, réforme l'opinion de Barry et Bérard. Il montre que l'aspiration thoracique s'exerce à des degrés divers, il est vrai, dans les deux temps de la respiration normale.

Le médiastin est sollicité à se dilater en effet d'une manière intermittente par l'inspiration, et d'une manière permanente par l'élasticité du poumon à laquelle peut s'ajouter la contractilité des bronches. Cette tendance permanente au vide agit à la fois sur la circulation de tous les vaisseaux contenus dans le médiastin ou placés dans son voisinage, et mis par une disposition anatomique dans l'impossibilité de s'affaisser comme les gros vaisseaux de la base du cou et les veines sus-hépatiques.

La pression négative intra-médiastine est donc un agent actif de la diastole des cavités du cœur et spécialement du cœur droit, mince et veineux. Elle agit aussi et d'une manière très-marquée sur la circulation artérielle, puisque ses variations peuvent déterminer dans la carotide des variations de pression de 8 à 10^{mm} de mercure, par conséquent plus considérables que celles qui résultent de chaque contraction du cœur, 2 ou 3^{mm}.

Rosapelly repousse la proposition de Schiff : que les variations de tension vasculaire que l'on constate dans les deux phases de la respiration normale ne sont pas dues à une cause mécanique, mais tiennent à une cause centrale nerveuse. (V. *Revue des Sciences médicales*, t. I, p. 491.)

L'action thoracique sur la circulation peut être combattue par l'action abdominale, et, suivant les circonstances, l'une ou l'autre prédominant, des variations de tension dans les vaisseaux thoraciques peuvent se produire et paraître de prime abord inexplicables.

La deuxième partie regarde spécialement la circulation hépatique. « Comme dans tout le système thoracique, la pression normale dans les veines sus-hépatiques est très-petite : les maxima ne s'élèvent pas au-dessus de 3 à 4^{mm} de mercure, et les minima varient entre + 1 et — 7^{mm} », le chien étant calme et endormi. Ces chiffres varient, comme on le prévoit, avec les différents modes de respiration anormale.

« La *pression constante* du sang dans la veine-porte varie entre 7 et 20^{mm} de mercure. » A la fois supérieure à la pression des veines voisines de la poitrine et inférieure à celle des artères, cette pression suffit à chasser le sang à travers le réseau capillaire hépatique, réseau incomparablement plus facile à traverser chez le chien

que le réseau capillaire d'origine artérielle. La tension du sang de la veine-porte est réglée : 1° par les capillaires intestinaux, etc. ; 2° par la tension du sang des veines sus-hépatiques. Le système nerveux semble n'avoir aucune action sur les capillaires hépatiques d'origine veineuse.

Les variations de vitesse du sang hépatique dépendent des variations de tension des veines sus-hépatiques et de la veine-porte. Elles sont donc rapides et brèves du fait de la respiration, lentes et durables du fait de la digestion. — « L'écoulement par la veine-porte est en raison directe de la pression qui existe dans ce vaisseau ; » cela nous semble vouloir dire : le débit est en raison directe de l'excès de pression du sang-porte sur le sang sus-hépatique.

Le cours du sang d'origine veineuse à travers le foie se fait avec une vitesse de 4 à 5^{mm} par seconde. L. H. FARABEUF.

Ueber den Zustand des Blutstromes nach Unterbindung der Pfortader (Sur l'état de la circulation après la ligature de la veine-porte, par le Dr H. TAPPEINER. (*Arbeiten aus der physiolog. Anstalt zu Leipzig*, 1873.)

Le phénomène en vertu duquel un animal succombe rapidement après la ligature de la veine-porte, manque encore d'une explication qui ne puisse soulever d'objections.

Ludwig et Thiry ont montré qu'après cette opération la pression artérielle s'abaisse, et que les mouvements du cœur et de la cage thoracique diminuent progressivement jusqu'à la mort de l'animal mis en expérience. Si on relâche la ligature qui entoure la veine-porte, en quelques minutes la tension artérielle redevient normale. Les auteurs que nous venons de citer rapportent ces résultats à l'immobilisation d'une grande partie du fluide sanguin dans les racines du système porte.

F. Hoffmann et Ludwig tentèrent de déterminer la quantité de sang qui peut ainsi être soustraite à la circulation générale chez des lapins qui avaient succombé à cette opération. L'auteur du présent mémoire a repris et complété ses recherches que Hoffmann avait dû laisser inachevées.

Il s'assura d'abord que sur un lapin tué par ligature du tronc-porte, le sang que renfermait les veines afférentes égalait 16,2 0/0 de la totalité du fluide sanguin, lequel formait les 4,68 0/0 du poids du corps.

Il n'était pas probable, dès lors, que ce fût cette quantité de sang relativement faible qui, par elle-même, pût amener une telle diminution de la tension artérielle.

Aussi l'auteur se mit-il à étudier immédiatement les effets que déterminent sur la tension artérielle des pertes de sang assez

abondantes pour amener la mort, soit qu'on les produise brusquement ou bien au contraire d'une façon lente et graduée.

Il entre dans le détail de ses expériences et donne des tracés représentant l'état de la tension artérielle après des pertes de sang déterminées. Dans une expérience où il en retirait à chaque fois cinq centimètres cubes, la pression, qui était de 130 millimètres de mercure au début de l'expérience, descendit d'abord à 110, puis elle remonta à 120, pour redescendre après une nouvelle saignée à 95. Après une quatrième saignée, le lapin fut pris de convulsions qui firent remonter la tension au-dessus de 130 millimètres, hauteur de la tension au début de l'expérience. 5e saignée, la tension tombe à 65, pour remonter à 110; 6e saignée, descend à 65, pour remonter à 90; 8e saignée, tension minimum 30, remonte à 90. La mort ne survint qu'après la 14e; la tension baissa progressivement, présentant toujours une ascension notable après chaque perte de sang.

Il résulte de l'expérience que nous venons de relater, ainsi que d'une autre dans laquelle on fit subir immédiatement à l'animal une perte de sang considérable, que le système vasculaire s'accommode à une perte qui peut égaler jusqu'à 3 0/0 du poids du corps, sans que la tension artérielle descende à un niveau qui ne soit plus compatible avec l'existence.

Pour éviter cette objection, que les animaux qui avaient servi aux premières expériences (ligature de la veine-porte) avaient un système circulatoire pourvu de propriétés autres que ceux sur lesquels il avait entrepris sa deuxième série de recherches, il résolut de faire servir le même sujet aux deux observations. Il s'agissait d'observer successivement l'influence que devait exercer sur la tension artérielle une hémorrhagie déterminée; puis après avoir réintégré dans les vaisseaux le sang qu'on venait d'en retirer, de lier la veine-porte et d'observer les variations de tension que déterminerait cette seconde opération.

Les résultats de plusieurs expériences ainsi exécutées démontrèrent que, lorsque les animaux ont perdu une quantité de sang qui équivaut à 1,30 0/0 du poids de leur corps, quantité qui excède de beaucoup celle que peut soustraire à la circulation générale la ligature du tronc-porte, la pression artérielle remonte rapidement pour atteindre un niveau bien supérieur à celui qui est nécessaire pour l'entretien de la vie.

Quelle est donc la cause des phénomènes causés par la ligature de la veine-porte, puisque l'expérience met à néant les hypothèses mises en avant pour en donner l'explication.

L'auteur se remit à soumettre à un contrôle rigoureux la variation de la tension artérielle déterminée par l'occlusion et la réouverture de la veine-porte. Après ligature de la veine, si l'animal reste dans un état de tranquillité parfaite et qu'il ne survienne

aucune excitation du côté des nerfs vasculaires, l'abaissement de la tension se comporte comme lorsqu'il résulte d'une hémorrhagie artérielle, ou d'une excitation du nerf vague : la tension s'abaisse d'abord très-vite, puis de plus en plus lentement.

La courbe d'abaissement est moins régulière quand surviennent des convulsions, que les nerfs vasculaires sont excités, ou lorsque des pressions sont exercées sur les membres inférieurs et le ventre. La diminution de tension cesse; cette dernière peut même augmenter. C'est surtout au début de l'expérience que se remarquent ces oscillations ; à la fin et lorsque la tension est très-abaissée, les mêmes causes ne produisent plus que des effets peu prononcés, souvent même insensibles.

Du reste, la tension artérielle n'en continue pas moins à baisser au bout de très-peu de temps. Les battements du cœur et les mouvements respiratoires diminuent progressivement, pour cesser complétement quand la tension artérielle est très-amoindrie.

Lorsque la ligature est déliée, la tension peut remonter aussitôt jusqu'à ce qu'elle ait acquis son ancien niveau maximum, ou bien elle reste stationnaire pendant quelque temps pour se remettre à monter. D'autres fois le mouvement ascensionnel ne se produit plus que d'une façon tout à fait transitoire, s'il survient des convulsions ou que l'on imprime des mouvements aux membres inférieurs. Le pouls peut rester stationnaire, augmenter ou diminuer au début de l'expérience. Si, au commencement, la fréquence augmente, cette augmentation peut persister tant que dure l'excitabilité du système nerveux. L'accélération peut se transformer en un ralentissement véritable lorsque la pression artérielle descend de 40 à 20 millimètres. Cette accélération, du reste, ne dépend pas de l'excitation du nerf vague, puisqu'elle persiste quand ce dernier est coupé. Le pouls peut se relever quand, sous l'influence de certaines causes, la tension remonte.

L'auteur combat l'idée que la diminution de la tension artérielle est sous la dépendance d'une paralysie vaso-motrice. Ce ne serait pas non plus une paralysie cardiaque qui entraînerait l'anéantissement du pouls, car ce dernier se relève si on restitue au cœur une quantité de sang suffisante.

Pour arriver à déterminer si l'affaiblissement de la tension tient à la lenteur de la circulation aortique, ou au contraire à l'écoulement plus facile du sang par les capillaires, l'auteur a institué une nouvelle série de recherches. Il a d'abord étudié les variations de la tension artérielle après ligature de la veine-porte et section de la moelle cervicale, puis après excitation de ce centre.

La tension s'abaisse davantage après la ligature de la veine-porte, si la moelle est coupée, que quand cette dernière est intacte. Si on vient à l'exciter, la pression artérielle s'élève aussi haut,

pourvu que le courant excitateur soit aussi fort pendant la fermeture de la veine-porte que si cette dernière reste libre.

La tension cependant s'élève moins vite pendant l'excitation. Quand la veine-porte est liée, il en résulte que vraisemblablement il s'écoule moins de sang du cœur dans l'aorte. Ce qui semblerait encore le montrer, c'est ce fait que l'augmentation de la tension, après ligature de la veine-porte, survient, alors même que l'on se sert de courants plus énergiques pour exciter la moelle, plus lentement que si, au contraire, la veine est restée libre.

L'auteur cherche ensuite quelles sont les quantités de sang qu'il faut soustraire dans diverses conditions à un lapin pour déterminer la mort.

C'est la carotide qui fut choisie pour l'expérience. On put, dans certains cas, soustraire jusqu'à 90 0/0 de la masse totale du sang, lorsque surtout l'on imprimait des mouvements à l'animal. Plus la tension artérielle était affaiblie et moins on en pouvait obtenir. Lorsque l'aorte est liée au-dessous du diaphragme, on peut en obtenir jusqu'à 2,5 0/0 du poids du corps, c'est-à-dire presque autant que chez les animaux intacts quand on ne leur imprime pas de mouvements.

Si la diminution de tension avait été obtenue par ligature de la veine-porte, même après ligature de l'aorte, on ne pouvait retirer autant de sang. La mort survenait plus vite chez les animaux qui avaient subi la section de la moelle que chez ceux dont on avait coupé les deux splanchniques.

Ces résultats frappaient davantage si, au lieu de la quantité totale du sang que l'on pouvait retirer, on tenait compte de la rapidité avec laquelle il sortait.

L'auteur entre dans le détail très-compliqué de la façon dont il a procédé pour arriver à ces résultats. Il trouva que la rapidité de l'écoulement sanguin est beaucoup moindre quand la veine-porte est liée que si elle est libre. Cette différence est plus frappante dans les premières secondes de l'expérience que dans celles qui suivent, bien qu'elle y soit encore remarquable.

Chez les animaux, dont la tension artérielle était intacte, on obtint, après une compression de l'aorte et en 30 secondes, une quantité de sang équivalente à 2,4 0/0 du poids du corps, tandis que, après section de la moelle cervicale, des nerfs splanchniques, on n'en obtenait plus que 1,5 0/0.

Il serait moins juste de rapporter à un affaiblissement de la tonicité vasculaire le ralentissement de la circulation après l'oblitération de la veine-porte.

L'action déterminée par la ligature en effet dépasse celle produite par la section de la moelle cervicale, et de plus la rapidité du courant sanguin s'amoindrit beaucoup aussitôt après l'occlusion, bien qu'on ne puisse encore dans ce moment mettre en cause la

paralysie vasculaire. L'avenir apprendra peut-être la raison pour laquelle le sang, dont la quantité est très-suffisante malgré l'occlusion de la veine-porte, ne peut plus jouer un rôle efficace dans l'entretien de l'activité circulatoire. A. MARCHAND.

Influence of the vagus nerve upon the vascular system (Influence du nerf vague sur le système vasculaire), par RUTHERFORD, brit. med. associat. (*Brit. med. journ.*, 23 *août* 1873.)

Ces expériences ont été faites dans le cours des séances de l'association médicale britannique. On s'est servi d'un lapin. Un hémodynamomètre fut mis en rapport avec l'artère carotide, et les oscillations de la colonne mercurielle furent notées sur un cylindre mobile. Rutherford ferma les narines pour arrêter la respiration, et montra qu'il se produisait ainsi un ralentissement des battements du cœur. Le phénomène découvert par Rutherford était dû, croyait-on, à une action réflexe et non à l'action d'un sang vicié sur les nerfs d'arrêt du cœur. L'auteur réfuta la première explication en faisant une fistule trachéale, de manière à ce que la respiration continuât même après l'occlusion des narines, qu'il pratiqua dès que la fistule fut établie, et alors on n'observa plus rien d'anormal du côté du cœur. Il divisa ensuite le nerf vague d'un côté du cou et faradisa le bout inférieur; le cœur s'arrêta pendant quelque temps, et la pression du sang tomba d'une manière sensible, ce qui proviendrait de ce que le cœur avait cessé de refouler le sang dans les artères, d'où cependant il s'écoulait rapidement dans les capillaires et les veines. Après cela il coupa le nerf dépresseur et excita le bout supérieur ; de nouveau la pression tomba. Cette chute de la pression était due non-seulement à l'arrêt du cœur, mais surtout à la dilatation réflexe des vaisseaux dans la cavité abdominale, dilatation favorisant l'écoulement du sang. L'excitation du bout inférieur du nerf vague montra l'action des nerfs d'arrêt du cœur, tandis que celle du nerf dépresseur mit en lumière l'action des nerfs d'arrêt vasculaires. Dans les deux cas la contraction musculaire est amoindrie, d'où des dilatations passives apparentes. Puis on injecta dans une veine une petite dose d'atropine, et peu après les mouvements du cœur s'accélérèrent sensiblement; on faradisa ensuite le bout inférieur du nerf vague, mais alors les mouvements cardiaques se ralentirent à peine, ce qui tenait à la paralysie des vaisseaux consécutive à l'injection. A ce moment on injecta une petite quantité d'extrait de fève de Calabar, l'antagoniste de l'atropine, et on recommença à faradiser le bout inférieur du nerf vague ; cette fois il fut possible d'arrêter à peu près les battements du cœur. L'auteur expose à ce propos les opinions de Schiff, qui pensait que les nerfs

accélérateurs du cœur passent de la moelle dans le nerf vague et de là dans le nerf laryngé supérieur pour se rendre du larynx au cœur. Il prétend n'avoir pu, en imitant les procédés du physiologiste de Florence, confirmer son opinion, car il a trouvé que le nerf laryngé supérieur n'avait aucune action sur le cœur.

A. GOUGUENHEIM.

Osservazioni su di un cuore pulsante di embrione umano a quattro mesi (Observations faites sur les pulsations du cœur d'un embryon de quatre mois), par le Dr A. FILI. (*Rivista clinica de Bologne, juin* 1873, *fasc.* 6e *p.* 181.)

Le 26 mai, vers 10 heures et demie du matin, on apporta au Dr Fili un embryon humain de 5 mois environ provenant d'un avortement qui avait eu lieu la veille à 10 heures du matin. Cet embryon mesurait 17 centimètres de long et pesait 145 grammes.

Le stéthoscope appliqué sur la région précordiale y fit entendre un bruit spécial caractéristique et clairement systolique, pendant que tout mouvement respiratoire faisait défaut.

L'auteur eut alors la pensée d'ouvrir la cage thoracique à ce niveau, pour mieux observer à découvert les contractions cardiaques.

Après avoir mis le cœur à découvert, l'auteur remarqua qu'au premier abord les systoles ventriculaires et auriculaires paraissaient avoir lieu simultanément, mais il ne tarda pas à distinguer que ces contractions se succédaient, au lieu d'être simultanées ; elles étaient au nombre de 28 par minutes.

Il était 11 heures 1/2 lorsque l'auteur, assisté du professeur Randaccio, commença à observer ce cœur en mouvement. Le stéthoscope fut appliqué directement sur les parois ventriculaires, dans le but de percevoir, si possible, le bruit systolique. Le résultat fut favorable : on perçut un premier bruit faible, rudimendaire, et un second bruit sec, détaché, bien défini, point *valvulaire* dans sa qualité, et non point *musculaire*. L'auteur ajoute que les contractions du petit muscle cardiaque n'avaient pas ce *maximum* de force capable de réunir le nombre d'oscillations nécessaires pour produire un bruit clair et perceptible au degré où il avait été entendu.

L'attention s'est ensuite portée sur les artères coronaires, et l'on vit parfaitement que le sang pénétrait dans ces vaisseaux durant la systole ventriculaire. La transparence des minces parois de ces artères facilitait l'observation et ne permettait aucun doute sur le résultat obtenu.

L'auteur paraît aussi avoir constaté à travers les parois du cœur que la veine coronaire déverse le sang qu'elle reçoit dans l'oreillette pendant le repos de celle-ci, et en vérité, ajoute-t-il, comment

la valvule de Tebesius pourrait-elle permettre au sang de la veine coronaire de passer dans l'oreillette droite pendant que celle-ci se contracte ?

Ainsi, pendant la systole ventriculaire, le sang artériel se distribue au cœur par les artères coronaires, et le sang veineux se déverse dans l'oreillette droite par l'intermédiaire de la veine coronaire ; mais ce sang veineux, provenant du ventricule et des oreillettes, ne représente pas tout le sang veineux qui est versé dans l'oreillette droite ; il importe en effet, ainsi que le fait remarquer l'auteur, de distinguer le système veineux général du cœur du système veineux spécial des oreillettes.

Il est notoire, ajoute l'auteur, que le réseau veineux coronaire se décharge pendant la systole ventriculaire et la diastole auriculaire qui la suit, tandis que les veines propres des oreillettes se déchargent pendant la systole de ces dernières. Ces rameaux veineux, particuliers aux oreillettes, n'ont pas de valvules et la contraction des oreillettes ne peut les empêcher de se vider, tandis que la veine coronaire possède une valvule à son embouchure. A ce propos, l'auteur rend parfaite justice aux belles recherches de M. le Dr Lannelongue au point de vue spécial où il s'est placé ici.

L'auteur aborde ensuite la question du jeu des valvules aortiques et de la manière dont elles se comportent relativement à l'embouchure des artères coronaires. La théorie et les expériences de Hyrtl, dit-il, ont reçu de ses observations une entière confirmation.

Les valvules aortiques (ainsi que l'auteur paraît l'avoir observé sur le cœur humain) se redressent verticalement dans le canal artériel pendant la systole ventriculaire ; elles ne s'appliquent point sur les parois et ne bouchent nullement l'orifice des artères coronaires. D'ailleurs ces valvules ne dépassent pas le niveau de ces orifices.

Les pulsations des artères coronaires étaient synchrones avec les pulsations des artères fémorales. Ces dernières pulsations étaient faciles à constater à travers l'extrême minceur de la peau de la cuisse.

L'auteur a remarqué en outre que la diastole, à l'égal de la systole, était active et non point passive, c'était même pendant la diastole que le petit cœur se déployait, atteignant le *maximum* de son volume.

Le ventricule droit, aussi bien que le gauche, se remplissait complétement, et les colonnes de liquides qui s'y déversaient étaient même supérieures à celles du ventricule gauche.

Les battements du cœur se sont maintenus à 28 jusqu'à *midi* et demi.

De midi et demi à 1 heure de l'après-midi, ils ont descendu graduellement à 24, 22, 19.

A partir de ce moment les contractions ventriculaires et auriculaires ont commencé à devenir irrégulières.

Toutes les particularités survenues dans ces contractions sont d'ailleurs notées jusqu'à cessation du battement. Cette cessation a eu lieu vers 4 heures de l'après-midi.

Les oreillettes ont été les dernières à se contracter, et nous devons dire qu'il ne ressort pas clairement de l'énoncé et des remarques de l'auteur si l'oreillette droite plutôt que la gauche a été la dernière à se contracter. BARÉTY.

Zur Physiologie der Darmbewegungen (Contribution à la physiologie des mouvements du tube intestinal), par Alexis HORVATH, de Kiew. (*Centralbl.*, 1873, *n*os 38, 40, 41 *et* 42.)

Dans les recherches qu'il poursuit depuis longtemps sur les animaux soumis à la réfrigération (voy. *Rev. des Scien. méd.* t. I, p. 59 et 181), Horvath a constaté qu'à un certain degré d'abaissement de la température, les intestins des animaux refroidis demeuraient immobiles et ne répondaient plus aux excitations électriques; en réchauffant l'animal, on voyait reparaître l'excitabilité électrique et les mouvements péristaltiques de la musculature intestinale. Il fut ainsi conduit à étudier d'une manière suivie l'influence des variations de la température sur les mouvements du tube intestinal.

Les expériences furent surtout instituées sur des lapins et des cochons d'Inde, mais les résultats obtenus sur le chien et le chat sont tout à fait comparables. L'auteur se servait d'abord de portions d'intestin excisées qu'il plongeait alternativement dans de l'eau froide et de l'eau chaude. Mais il importait de conserver intactes les connexions de l'intestin avec le système nerveux et circulatoire; on y parvient à l'aide du procédé suivant. L'animal étant fixé sur une planche, on incise la paroi abdominale, on choisit une anse d'une longueur de 10 centimètres environ, on l'incise à ses deux extrémités en respectant les insertions du mésentère; à chaque extrémité de l'anse est fixée une canule, dont l'une sert à l'introduction, l'autre à l'écoulement d'eau de température variable. Si au lieu d'une anse isolée, on veut agir sur toute la masse intestinale, il suffit de soulever les parois abdominales incisées et de verser de l'eau tantôt froide, tantôt chaude, dans l'espèce d'entonnoir que forme alors la cavité péritonéale. On peut aussi renverser la planchette sur laquelle est fixé l'animal, de façon à ce que le ventre soit dirigé en bas et que les intestins plongent dans un vase rempli de liquide; les gaz renfermés dans l'intestin

en diminuent le poids spécifique et le font surnager; on évite ainsi toute traction des nerfs et des vaisseaux mésentériques.

Les choses étant ainsi disposées, voici le résultat des expériences. Le passage de l'eau froide suspend les mouvements péristaltiques, les plus forts courants induits sont incapables de les réveiller; les mouvements, tant spontanés que provoqués, de l'intestin reparaissent au contraire dès qu'on remplace l'eau froide par de l'eau chaude. Une minute suffit généralement pour que l'intestin récupère sa contractilité.

Lorsque l'intestin est porté à une température de 19° et au-dessous, il cesse d'être contractile; les mouvements spontanés et l'excitabilité électrique reparaissent dès que la température de l'eau dépasse 19°, et cela jusqu'à 41°, limite qui n'a pas été dépassée.

L'énergie des mouvements péristaltiques est proportionnelle à la température de l'eau employée.

Les résultats sont les mêmes, que l'on agisse sur l'intestin grêle, sur le cœcum ou sur le gros intestin.

Le libre abord du sang dans l'intestin est nécessaire pour que celui-ci conserve sa contractilité. Si l'on oblitère momentanément, à l'aide de presse-artères, les vaisseaux qui se rendent à une anse intestinale, on a beau élever la température de l'eau qui la traverse jusqu'à 38°, au bout d'une quinzaine de minutes, l'anse en question ne présente plus de mouvements péristaltiques et l'électricité est impuissante à la réveiller. Si l'on enlève la pince, la contractilité reparaît au bout de quelques minutes. On reconnaît facilement qu'une anse intestinale est ischémiée : sa couleur rosée fait place à une teinte pâle caractéristique. Ce fait prouve l'influence de la vascularisation de l'intestin sur la péristaltique de cet organe.

Quand on vient à insuffler une anse intestinale, elle pâlit et perd en même temps sa contractilité. Cela tient, selon l'auteur, à l'anémie provoquée par la distension et non pas au fait même de la distension des tuniques intestinales.

Les excitations électriques énergiques (courants induits appliqués sur l'intestin sain) ne provoquent pas de mouvements proprement péristaltiques, mais simplement un rétrécissement de l'intestin au point d'application du courant. Si l'intestin est en plein péristaltisme, une forte excitation électrique arrête même le mouvement; il est au contraire renforcé par des courants faibles.

De même, l'auteur n'a jamais pu provoquer, à l'aide de l'électricité, des mouvements péristaltiques de l'estomac, de l'urèthre ni de la vessie du lapin.

En résumé, une température de 0 à 19° paralyse les mouvements péristaltiques de l'intestin ; ceux-ci reparaissent au delà de 19°, et d'autant plus actifs que la température est plus élevée. Un abord régulier du sang est tout aussi nécessaire pour la production de ces

mouvements. L'énergie de la péristaltique est en raison directe, d'une part, de la température, de l'autre, de la vascularité de l'intestin.

Chez les animaux hibernants, l'auteur a pu s'assurer que l'intestin demeurait parfaitement pendant toute la durée de l'hibernation, c'est-à-dire de l'abaissement de la température générale du corps.

Si l'on refroidit artificiellement un animal à sang chaud, il demeure dans un état relativement calme, jusqu'à ce que la température soit tombée à 19° ou 20° environ. Alors éclatent les phénomènes graves, les convulsions tétaniformes, l'extrême dilatatien des pupilles, et le tout se termine par la mort.

L'auteur n'hésite pas à attribuer à la paralysie intestinale déterminée par le froid la survenance de ces accidents, et voici par quelle singulière série d'hypothèses il arrive à cette conclusion. Il suppose (quoique, de son propre aveu, aucun fait ne l'autorise à émettre cette proposition) que la péristaltique intestinale est indispensable à la propulsion du sang des organes abdominaux; la suspension des mouvements vermiculaires provoquerait une stase énorme dans le domaine de la veine-porte, d'où une vacuité considérable du système artériel général, l'anémie cérébrale, les convulsions et finalement la mort.

Il y a mieux encore. Passant aux applications pathologiques, Horvath cite la diarrhée de la fièvre typhoïde ; d'après lui, elle résulterait de l'exagération des mouvements péristaltiques de l'intestin, provoquée par la chaleur fébrile . Les lésions anatomiques énormes que présente dans ces cas l'intestin ne lui suffisent pas pour expliquer cette diarrhée, et il oublie du reste que, dans beaucoup d'états fébriles, où la température générale et partant celle de l'intestin est bien plus élevée que dans la fièvre typhoïde, on constate, au lieu de diarrhée, une constipation opiniâtre. — Nouvel exemple du danger qu'offre l'application forcée et hâtive des données expérimentales à l'interprétation des phénomènes pathologiques.

STRAUS.

Ueber die Zersetzungsvorgänge im Thierkörper bei Fütterung mit Fleisch und Fett (Des processus de décomposition chez les animaux dans l'alimentation par la viande et la graisse), par M. von PETTENKOFER et C. VOIT. (*Zeitschrift für Biologie, vol. IX, p. 1; Münich,* 1873.)

Ce travail fait suite aux recherches précédentes, dans lesquelles ces mêmes auteurs ont étudié les variations des processus de décomposition des éléments nutritifs suivant la nature et la quantité de l'alimentation.

Ils avaient déjà montré qu'avec des aliments exclusivement gras

on pouvait non-seulement maintenir l'équilibre des matières grasses, mais encore en déterminer l'accumulation dans l'organisme, quoique celui-ci s'appauvrît pendant ce temps en matières albuminoïdes. Ils prouvèrent ensuite qu'en ne donnant comme aliment que de la viande, qui réparait les pertes en matières albuminoïdes, on diminuait aussi progressivement les pertes du corps en matières grasses et qu'on pouvait par ce régime exclusif arriver à l'équilibre nutritif et produire même de la graisse en excès. Leurs nouvelles expériences sont destinées à étudier l'échange nutritif des matières grasses lorsqu'on ajoute de la graisse à la viande.

Ces expériences ont été faites sur le chien, en faisant varier pour le même animal la quantité de chacune de ces substances (viande de 400 à 1,500 gr., graisse de 30 à 300 gr.) ainsi que leur proportion.

Au point de vue de l'absorption des matières grasses, P. et V. ont reconnu qu'en augmentant la quantité de graisse introduite dans le tube digestif, on voit s'accroître parallèlement la puissance d'absorption de l'intestin, et que jusqu'à une certaine limite la quantité de graisse rejetée par les selles s'accroît à peine. Cependant lorsque l'alimentation contient pendant longtemps de la graisse en excès, l'absorption est moindre et les selles contiennent une proportion de graisse plus considérable.

Au point de vue du rôle de la graisse dans la nutrition, P. et V. émettent aussi des idées nouvelles. On regarde habituellement la graisse comme une substance facilement oxydable (aliment respiratoire) par rapport aux matières albuminoïdes dont la décomposition serait plus difficile, et on croit que la graisse, en s'oxydant, épargne les matières albuminoïdes. D'après leurs expériences, P. et V. soutiennent le fait contraire. Pour eux la graisse se décompose plus difficilement que l'albumine en produits simples. Dans une expérience où l'alimentation consistait pendant un certain temps en 1,500 gr. de viande et 30 à 150 gr. de graisse, la matière albuminoïde absorbée était presque complétement détruite, tandis que la graisse absorbée était presque totalement fixée par l'organisme.

De ce fait les auteurs concluent que c'est l'albumine qui empêche la graisse absorbée d'être brûlée en lui substituant la matière grasse à laquelle l'albumine peut par décomposition donner naissance en proportion considérable.

La décomposition de la graisse ne dépend pas directement de la proportion d'oxygène introduit dans l'économie et par conséquent du mode respiratoire, mais elle varie avec d'autres conditions.

Ainsi l'augmentation de proportion de la graisse dans l'alimentation ou l'excès de graisse déjà accumulée dans l'organisme augmente la combustion de ce produit. Au contraire, lorsque le corps est pauvre en matières grasses, il fixe plus facilement la graisse absorbée

directement ou provenant des matières albuminoïdes, et il en brûle moins.

La consommation d'oxygène dépend directement de la quantité des combustions, mais non du genre d'alimentation; il n'y a pas, comme les mêmes expérimentateurs avaient cru le voir, diminution de l'oxygène consommé lorsqu'on introduit la graisse dans l'alimentation.

Un fait qui montre l'influence de l'état où se trouve l'organisme sur la nutrition et l'assimilation, c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, un régime composé exclusivement de 1,500 gr. de viande a produit chez le même animal tantôt une diminution, tantôt une augmentation des matières grasses de l'organisme, suivant qu'au point de départ l'animal était déjà gras ou au contraire pauvre en graisse.

P. et V. expliquent ces faits d'après leur théorie de l'albumine circulante et de l'albumine organisée, en disant que la consommation de la graisse est plus considérable lorsque la proportion de l'albumine circulante augmente, tandis qu'elle diminue lorsque l'albumine existe surtout à l'état organisé.

Les résultats pratiques de ces recherches, c'est que pour empêcher l'accumulation de la graisse dans l'organisme ou combattre l'embonpoint existant, il faut augmenter la proportion de l'albumine circulante par un régime riche en viande et y adjoindre l'exercice musculaire. (Banting.)

L'emmagasinement de la graisse alimentaire sans décomposition (engraissement) est au contraire favorisé par les conditions inverses. Commencer par une alimentation riche en albumine et ne contenant que juste ce qu'il faut de graisse pour que l'albumine puisse être emmagasinée; puis, plus tard, les matières grasses devenant la partie prépondérante du régime, donner des aliments azotés en quantité modérée, mais suffisante pour compenser par leur dédoublement la perte habituelle du corps en graisse; toute la graisse introduite par l'alimentation est alors fixée en nature.

EXCHAQUET.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber die Innervation der Milz und deren Beziehung zur Leucocythämie (De l'innervation de la rate et de ses rapports avec la leucocythémie), par le Dr de TARCHANOFF. (*Pflüger's Archiv*, 1873, *Band VIII*, *Heft I*, *page* 97.)

Nos connaissances relatives à l'innervation de la rate se bornent à peu de chose. On sait que l'excitation des nerfs spléniques ou l'action de

certains poisons, tels que la strychnine, la quinine, etc., font contracter la rate, tandis que la section de ces nerfs en détermine l'augmentation de volume. Partant de ce point de vue que la rate est un organe éminemment vasculaire, l'auteur a été amené à étudier l'influence de certaines excitations vaso-motrices sur les dimensions de ce viscère. Ces expériences, faites dans le laboratoire de Cyon, avaient lieu sur des chiens curarisés et soumis à la respiration artificielle; l'abdomen ouvert le long de la ligne blanche, la rate était amenée au dehors avec précaution et protégée contre l'évaporation trop rapide par une serviette humide; la pression sanguine se mesurait dans la carotide à l'aide du kymographion de Ludwig. Les résultats obtenus sont les suivants :

L'excitation électrique du bout central du nerf vague augmente la pression du sang et fait contracter notablement la rate; l'excitation du bout périphérique n'agit pas sur la rate; l'excitation du bout central du nerf sciatique donne les mêmes résultats que celle du bout central du nerf vague, mais moins prononcés. Si l'on excite la moelle allongée, on provoque une contraction intense de la rate, qui devient dure, grisâtre, anémique. Cet effet ne s'obtient plus si l'on sectionne les nerfs splanchniques.

L'excitation venant à cesser, la pression intra-artérielle mesurée dans la carotide diminue aussitôt, mais la rate demeure encore contractée pendant quelque temps.

La section des nerfs spléniques s'accompagne d'une augmentation de volume considérable de l'organe, qui prend une consistance molle et se remplit de sang. C'est un phénomène identique à l'hypérémie de l'oreille du lapin à la suite de la section du sympathique.

L'auteur a cherché à déterminer l'influence de la section des nerfs de la rate sur le nombre des globules blancs du sang. Chez le chien, 3 ou 4 jours après l'opération, le sang renferme 10 à 15 fois plus de leucocytes qu'à l'état normal; mais cette leucocythémie est purement passagère; à partir du 4e jour, le nombre des leucocytes commence à diminuer et vers le 5e jour il est revenu au chiffre normal; en même temps la rate récupère son volume ordinaire.

Cette leucocythémie transitoire n'est pas le résultat du traumatisme et de l'inflammation consécutive; en effet, d'après Tarchanoff, elle ne s'observerait point chez les animaux ayant subi un traumatisme identique, la section des nerfs spléniques exceptée.

L'auteur conclut de ces expériences à la probabilité de l'origine nerveuse, névro-paralytique, d'un certain nombre de leucocythémies.

STRAUS.

Versuche über den Raumsinn der Haut des Unterschenkels (Expériences sur la sensibilité de la peau de la jambe à la notion d'espace), par Adolphe RIECKER, de Tubingue. (*Zeitschrift für Biologie, vol. IX, p.* 95, 1873.)

Vierordt a formulé théoriquement une loi d'après laquelle la finesse de la sensibilité particulière à la notion d'espace (mesurée par le compas), croissait, pour une même région, avec l'amplitude des mouvements exécutés par les différentes parties autour d'un axe commun.

Ce fait était confirmé pour le membre supérieur. D'après les recherches de Riecker, toutes les parties de la jambe possèderaient ce genre de sensibilité à peu près au même degré.

Il explique cette contradiction apparente en alléguant que la jambe se meut aussi souvent autour du pied comme axe fixe qu'autour du genou; l'extrémité supérieure de la jambe, l'inférieure dans le second, présente les mouvements les plus étendus, et les actions se compensant, ce fait peut rentrer dans la loi générale. EXCHAQUET.

Die Wirkungsgrenzen augenblicklicher, einfacher oder wiederholter elektrischer Erregungen (Des limites d'action des excitations électriques instantanées, simples ou répétées), par G. VALENTIN. (*Zeitschrift f. Biologie, vol. IX, p.* 75.)

Pour étudier la durée minima des excitations électriques uniques ou répétées, capables de déterminer des contractions musculaires, Valentin emploie un mouvement d'horlogerie qui règle le nombre des interruptions, tout en enrégistrant les courbes des contractions musculaires. Il arrive à ouvrir le courant et à l'interrompre de 2,985 à 3,150 fois par seconde, la durée du courant variant de $\frac{1}{32835}$ à $\frac{1}{34630}$ de seconde et les interruptions ayant une durée dix fois plus grande. Par l'examen de 380 courbes tracées dans ces conditions, Valentin est arrivé aux résultats suivants :

1° *Courants directs.* Avec 3 à 4,000 interruptions par seconde, on peut encore provoquer des contractions assez fortes sur une grenouille d'excitabilité ordinaire. On ne peut déterminer exactement la limite où cesse l'excitabilité qui dépend de l'intensité du courant, de l'état des nerfs et des muscles, etc., autant que de la durée de l'excitation.

Les courants descendants provoquent souvent des contractions plus fortes que les courants ascendants, surtout lorsque les interruptions sont très-fréquentes.

Pour les courants faibles, la contraction provoquée par la fermeture du courant continu est beaucoup plus forte que celle qui est produite par plusieurs milliers d'interruptions. Avec les courants forts cette différence est beaucoup moins sensible. La forme des courbes représentant les contractions, varie. Valentin en distingue quatre principaux types : 1° Ascension rapide, plateau soutenu, descente rapide ; obtenu par la réunion de toutes les conditions favorables ; — 2° plateau sinueux, ondulé ; — 3° contractions distinctes séparées par des intervalles de repos ; 4° une seule contraction isolée au début; l'excitation d'un nerf ou d'un muscle dont l'excitabilité s'épuise peut produire successivement ces quatre types.

2° *Courants induits.* Avec un courant durant environ $\frac{1}{5000}$ de seconde on produit une contraction sensible. Les principaux effets sont les mêmes que pour les courants directs.

3° Les courants faibles à interruption multiple provoquent chez la grenouille de violentes contractions, même par excitation à travers la peau, alors qu'ils ne provoquent pas d'impression gustative sur la langue

EXCHAQUET.

Die tonischen und reflectorischen Centren der Gefässnerven (Des centres toniques et réflexes des nerfs vaso-moteurs), par Ph. OWSJANNIKOW. (*Arbeiten aus der physiologis. Anstalt zu Leipzig*, 1872, *p.* 21. — *Voy. aussi : Rev. scientific.*, *nov.* 1873, *n°* 19.)

D'après les résultats fournis par des sections pratiquées à divers niveaux dans les masses nerveuses centrales, Owsjannikow arrive à cette conclusion que c'est à un millimètre en arrière des tubercules quadrijumeaux que commencent les centres vaso-moteurs. D'autres expériences ayant montré que les réflexes vaso-moteurs disparaissaient lorsque les sections portaient à 4 ou 5 millimètres en avant du calamus, l'auteur en déduit que c'est entre ces deux points, sur un espace long d'environ 4 millimètres, que se trouvent les centres vaso-moteurs.

M. D.

Recherches théoriques et expérimentales sur la mesure des sensations et spécialement des sensations de lumière et de fatigue, par J. DELBŒUF. (*Bullet. de l'Acad. des sciences de Bruxelles*, 1873, *et Revue scientifique*, *juillet* 1873, *n°* 93.)

Ce travail important, mais dont une analyse ne saurait indiquer même les points principaux, a trait à ce que les Allemands (Fechner) ont appelé le *rapport psychophysique*. Weber avait posé à ce sujet la loi suivante : *Tout accroissement constant dans la sensation correspond à un accroissement d'excitation constamment proportionnel à cette même excitation;* c'est-à-dire que la sensation croît comme le logarithme de l'excitation. M. Delbœuf montre que cette loi n'est vraie que dans certaines limites. Il s'attache surtout à démontrer que l'intensité de la sensation ne dépend pas seulement de l'intensité de la cause excitante, mais encore de la masse de sensibilité ou de force que les organes intéressés possèdent à ce moment, masse continuellement entamée par l'excitation.

M. DUVAL.

Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme, par le Dr A. de FLEURY. (*Paris, A. Delahaye*, 1873.)

Les deux hémisphères cérébraux, quoique composés des mêmes organes, quoique préposés aux mêmes fonctions, n'y prennent pas cependant une égale part. Pour la *productivité* ou la motilité, c'est l'hémisphère gauche qui travaille et partant fatigue le plus, de même pour la réceptivité sensorielle ; l'*affectivité*, c'est l'hémisphère droit qui est le plus surchargé parce qu'il est le plus faible. Telle est la différence dynamique que l'auteur établit entre les deux hémisphères et qu'il s'efforce de démontrer par des preuves anatomiques, physiologiques et pathologiques. La

prééminence de l'hémisphère gauche sur le droit s'explique, d'abord par sa richesse vasculaire plus grande, due non-seulement au calibre supérieur de l'artère carotide gauche, mais encore à la disposition même des conduits artériels, le tronc brachio-céphalique droit entravant la vitesse et l'intensité de la circulation, tandis que la carotide gauche, née directement de l'aorte, favorise l'abord du sang vers l'hémisphére correspondant. L'étude comparée du système artériel sus-aortique chez les mammifères montre également une disposition plus favorable au profit de l'hémisphère gauche.

L'auteur rappelle encore les travaux de Gratiolet sur le développement précoce de l'hémisphère gauche ; il aurait pu aussi s'appuyer sur les recherches de Weber, établissant qu'à l'état normal la peau du côté gauche du corps est onze fois sur quatorze plus impressionnable et douée d'un tact plus fin que celle du côté droit.

Les faits cliniques viennent, à leur tour, faire ressortir la prééminence de l'hémisphère gauche sur le droit, mais si dans l'hystérie, l'hémiplégie avec anesthésie, plus fréquente du côté gauche, plaide en faveur de l'opinion de l'auteur, les autres hémiplégies, particulièrement celles qui dépendent d'une hémorrhagie cérébrale, ne nous paraissent pas aussi démonstratives. Nous ne pouvons, en effet, nous empêcher de faire remarquer que les lésions de la sensibilité, mieux étudiées aujourd'hui, ont déjà fait voir, notamment dans l'alcoolisme, de nombreux cas de paralysie du mouvement avec hémi-anesthésie aussi bien du côté gauche que du côté droit du corps; et enfin, sur les quatre faits de L. Turck, cités par l'auteur, deux fois la paralysie et l'anesthésie siégeaient à droite et deux fois à gauche. MAGNAN.

On the influence of impaired hearing upon the voice and speech (De l'influence de l'altération de l'ouïe sur la voix et le langage), par W.-B. DALBY. (*St-George's Hospital Reports, vol. VI,* 1871-2, *p.* 171.)

Il est d'expérience que le ton vulgaire ou *distingué* sur lequel parle un individu est toujours en rapport avec le milieu dans lequel cet individu a reçu son éducation. Une imitation inconsciente préside au développement des qualités physiques du langage et à la tournure des phrases ; l'accent et le dialecte des particuliers ne sont autres que ceux des gens qui les entourent d'ordinaire : c'est donc par l'intermédiaire de l'ouïe que se forment ou se transforment la voix et la parole. Plus le sujet est jeune et plus aisé est-il de le modifier à cet égard ; à partir d'un certain âge il perdra vraisemblablement toute aptitude à changer sa manière de s'exprimer. Pour prouver ces propositions, l'auteur rappelle combien les enfants apprennent et oublient facilement les langues, surtout si on ne leur en parle qu'une seule à la fois; il cite plusieurs cas d'enfants ayant parlé, qui tendaient à devenir muets par suite de surdité accidentelle, et qu'on a pu guérir soit en diminuant celle-ci, soit en s'attachant à leur parler à voix haute. Le mémoire se termine par une chaude recommandation de la méthode d'éducation des sourds-muets dite allemande, laquelle consiste à faire lire des lèvres · méthode fort

supérieure, selon l'auteur, à celle des signes, et qui, en substituant la vue à l'ouïe, permet aux sourds-muets de parler (d'une voix, il est vrai, monotone), et de comprendre les personnes qui leur parlent. Il va sans dire que ce traitement est également applicable aux enfants n'ayant pas dépassé l'âge de sept ans, qui, devenus sourds, peuvent perdre en quelques mois la faculté du langage. Pour plus de détails sur la méthode en question, consulter l'ouvrage de l'auteur, intitulé : *the Education of the Deaf and Dumb by means of Lip-reading and articulation*, J. and A. Churchill. P. GINGEOT.

Ueber die Ermüdung und Erholung der quergestreiften Muskeln (Sur la fatigue et la réparation des muscles, par H. KRONECKER. (*Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig*, 1872, *p.* 177. — *Voy. aussi : Rev. scient.*, 1873, *nov.*, *n°* 19.)

Le sang répare le muscle fatigué, non pas tant parce qu'il enlève les produits de désassimilation que le muscle a amassés en lui pendant son activité, mais parce qu'il lui apporte de l'oxygène. En effet, une injection ou une circulation artificielle avec une solution de biphosphate de soude ne produit aucun effet réparateur, tout en enlevant les produits de désassimilation. On obtient, au contraire, ces effets en répétant ces expériences avec une solution (0,05 %) de permanganate de potasse, c'est-à-dire avec un liquide oxygénant. M. DUVAL.

Ueber den inneren Mechanismus der inspiratorischen Erweiterung der Lunge (Sur le mécanisme intérieur de l'ampliation inspiratoire du poumon), par le prof. S. STERN, de Vienne. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, *p.* 153.)

L'auteur, partant de ce fait que la dilatation du poumon a pour cause première la dilatation des parois thoraciques, se pose les questions suivantes :

1° Quelles sont les parties de la surface pulmonaire directement soustraites à la pression extérieure, par cette ampliation thoracique, et à quel degré le sont-elles?

2° Dans quelle direction la pression intérieure agit-elle sur le parenchyme pulmonaire ; à quelles lois est-elle soumise lorsqu'elle se propage d'une direction à l'autre, et enfin, quelle est la relation qui existe entre la dilatation de chaque portion du parenchyme pulmonaire et la pression qui agit sur ce point?

3° L'ampliation de la périphérie est-elle la même que celle des parties profondes, et, s'il existe une différence sous ce rapport, quelles en sont les conséquences?

4° Quelle est la relation qui existe entre l'ampliation totale et la distension des parties membraneuses?

L'auteur considère la première question comme résolue d'une manière

définitive, et il admet que la pression intrathoracique s'exerce d'abord sur la paroi alvéolaire qui est en rapport direct avec la plèvre, puis s'étend directement au tissu interstitiel et secondairement aux alvéoles elles-mêmes, ainsi qu'aux parties profondes du poumon.

Arrivant ainsi directement à la seconde question, il tient compte de la forme irrégulière des différents réservoirs aériens sur lesquels s'exerce la pression extensive, et fait remarquer en même temps que le mouvement communiqué par cette pression est lui-même un modificateur de la direction dans laquelle cette pression peut agir. A l'aide de quelques considérations mécaniques, l'auteur arrive à cette conclusion générale : sur une surface convexe d'une courbure irrégulière, le mouvement des différentes portions suit une direction convergente vers les parties les plus fortement convexes ; le contraire a lieu pour les surfaces concaves, où la direction du mouvement est opposée aux parties les plus fortement excaves.

Reste à examiner la transmission de la pression dans les parties profondes. La pression extensive qui s'exerce sur la périphérie pulmonaire se transmet aux parties profondes par les tractus fibreux que forme le tissu interstitiel. Il résulte d'une démonstration géométrique très-simple que le déplacement produit par cette pression est d'autant plus grand sur chaque ligne que celle-ci forme un angle plus aigu avec la ligne de direction de la pression. Ces conditions sont modifiées aux points où se trouvent des bifurcations, comme les divisions lobaires, par exemple. A ces endroits, la pression intérieure commence par produire un écartement qui ramène les parties profondes vers la surface et les met dans des conditions de dilatation plus favorables, comme nous l'avons vu pour la surface pleurale.

Quant à l'ampliation des alvéoles dans les parties profondes, elle diminue à partir de la surface en raison de l'épaisseur des parties. En effet, les cellules sous-pleurales sont dilatées par la pression atmosphérique agissant tout entière ; la couche sous-jacente éprouve déjà un degré de résistance qui diminue l'action de cette pression, et ainsi de suite. Cette dilatation varie également suivant la position de chaque portion pulmonaire et suivant ses rapports ; aussi l'auteur examine-t-il successivement l'influence des côtes, du sternum, de la colonne vertébrale, du diaphragme et du cœur. En combinant les résultats de l'action du diaphragme et de la paroi thoracique, on arrive aux conclusions suivantes : lorsque ces deux parois agissent ensemble, dans l'inspiration, il se produit nécessairement dans l'expansion pulmonaire des inégalités qui sont d'autant plus considérables que l'activité de la paroi thoracique est plus accusée et que ses contours se rapprochent davantage du type normal. En général, les lobes supérieurs sont plus dilatés que les inférieurs, et cette dilatation est d'autant plus forte qu'on se rapproche du bord antérieur. C'est probablement là la cause du fait signalé par Rokitansky, que l'emphysème débute ordinairement par le bord antérieur du lobe supérieur.

KLEIN.

Sur la proportion d'acide carbonique existant dans l'air atmosphérique. Variations de cette proportion avec l'altitude, note de M. P. TRUCHOT. (*Compt rend. de l'Ac. des sciences, 22 sept.* 1873.)

Cette note montre : que la proportion d'acide carbonique est un peu plus forte pendant la nuit que pendant le jour; quand le temps est couvert, que lorsque le soleil brille : ces variations sont sensibles loin de toute végétation; cependant, dans le voisinage des plantes à feuilles vertes en pleine végétation, les variations d'acide carbonique sont beaucoup plus prononcées, suivant que ces parties vertes sont éclairées par le soleil ou à l'ombre, ou qu'elles sont tout à fait dans l'obscurité ; — que la proportion d'acide carbonique ne paraît pas sensiblement plus élevée à la ville qu'à la campagne.

Tous ces résultats se rapportent à l'air atmosphérique pris à la surface du sol; mais des recherches ont aussi été faites pour déterminer l'influence de l'altitude (à Clermont-Ferrand et au Puy-de-Dôme). Elles ont montré « que la proportion d'acide carbonique diminue assez rapidement à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, et ce résultat n'a rien d'étonnant lorsque l'on considère, d'une part, que c'est à la surface du sol que se produit l'acide carbonique, et, de l'autre, qu'il est notablement plus lourd que l'air. » M. D.

Beiträge zur Physiologie der Haut, insbesondere über die flüssige Hautausscheidung (Contribution à la physiologie de la peau et en particulier de ses sécrétions liquides), par A. ROHRIG. (*Jahrb. f. Balneol., I, p.* 1-36, *extrait du Centralblatt*, 1873, *n°* 46.)

Ce travail ne contient comme fait nouveau que l'expérience suivante :

Dans la veine jugulaire externe droite d'un lapin, l'auteur injecte 3 cent. cubes 1/2 de sueur fraîche, filtrée, recueillie sur le front de l'expérimentateur pendant une longue marche. L'expérience a lieu pendant la journée. Avant, la température de l'animal était de 37°2; pendant la nuit elle atteint 40°2. Le pouls s'élève de 192 à 326. La respiration de 82 à 105. Le lendemain matin, t. 40°2, p. 315, r. 215. Dans le courant du deuxième jour les accidents disparaissent ; pendant la fièvre l'urine était albumineuse. H. CH.

Biologische Studien. Erstes Heft : Arbeiten der Agricultur-chemischen Versuchs station Halle (Études biologiques. Première partie : Travaux de chimie agricole de la station expérimentale de Halle), par F. STOHMANN, professeur à Leipzig. (1 *vol. in*-8°, 179 *pages et* 3 *planches*, 1873.)

Les recherches consignées dans ce livre ont eu pour but d'examiner par l'emploi de diverses matières alimentaires, l'influence de la proportion des éléments nutritifs sur la digestibilité des fourrages, sur la quan-

tité de lait produit, sur la composition du lait, et enfin sur les changements dans la constitution du corps des animaux.

Le plan fut le suivant : A deux animaux mis en expérience, on donna une même nourriture et autant que possible à poids égal, puis on fit varier la quantité d'albumine qu'elle contenait. Au premier animal, on fit prendre d'abord une petite quantité d'albumine ; on en augmenta progressivement la dose, puis on la diminua. Au second on donna au début une alimentation riche en albumine ; on le soumit progressivement à une alimentation moins azotée ; finalement, les deux animaux reçurent une nourriture très-pauvre en albumine.

Les expériences furent faites sur deux chèvres nourries avec du foin, de l'amidon, du sucre, de l'huile d'œillette, et comme matière albuminoïde, avec du tourteau de graine de lin dont les matières grasses avaient été enlevées par le sulfure de carbone, et en plus 10 grammes de sel marin par jour. On recueillit l'urine tous les jours, et on dosa la quantité d'azote. Voici quelques-uns des résultats obtenus :

Consommation des éléments nutritifs. — L'accroissement de l'azote dans les aliments s'accompagne d'un accroissement égal dans les excréments. Les hydrates de carbone, facilement assimilables, diminuent la consommation des matières grasses.

Production du lait. — La quantité de lait varie avec l'animal, l'époque de la lactation ; elle dépend du chiffre des matières albuminoïdes des aliments ; elle augmente avec la quantité des boissons.

Influence de la nourriture sur la composition du corps. — L'azote employé à la production des parties constituantes du corps, indépendamment de celui qui est excrété dans les matières albuminoïdes du lait, s'accroît ou diminue avec l'augmentation ou la diminution des matières albuminoïdes des aliments.

L'augmentation des matières albuminoïdes de la nourriture augmente la production des matières albuminoïdes du lait.

La transformation des matières albuminoïdes du corps augmente avec la quantité des boissons.

Les matières grasses augmentent par l'addition des excès d'aliments non azotés ajoutés aux aliments albuminoïdes. E. HARDY.

Poteri digerenti del feto ed autodigestioni (Pouvoir digestif du fœtus et cas d'autodigestion de fœtus), expériences et observations du Dr A. MORIGGIA. (*Rivista clinica*, 1873, *n*° 5, *p*. 148.)

Dans le but de savoir quel est le pouvoir digestif du fœtus durant son séjour intra-utérin, l'auteur a entrepris une série d'expériences sur plus de cent embryons et fœtus provenant la plupart de vaches, à des périodes de développement très-différentes. Les résultats obtenus expérimentalement avec les digestions artificielles démontrèrent que le pouvoir digestif de la muqueuse de l'estomac existe déjà non-seulement au 6e et 5e mois, mais encore au 4e et 9e mois de la vie intra-utérine. Les glandes salivaires, par contre, n'ont aucun pouvoir digestif chez le fœtus et le nouveau-né.

La fonction hépatique *biliaire* commence aussi de bonne heure chez le fœtus; on ne peut rien savoir au juste de la fonction *glycogénique*, parce que presque tous les tissus contiennent du glycogène et du glycose dès le début de la période embryonnaire.

L'auteur a pu voir, de même que Schiff et Moleschott, des *autodigestions* de fœtus très-jeunes que l'on avait mis, dans un but d'études histologiques, dans les mélanges acétiques de Moleschott et dans un milieu ambiant un peu chaud. Ces fœtus avaient disparu par autodigestion après un certain temps.

D'après ces faits, l'auteur pense que, dans certains cas, l'autodigestion pourrait bien, au moins pour une certaine part, concourir à la disparition plus ou moins complète de fœtus inclus dans d'autres fœtus ou dans des kystes.

Il fait remarquer que la cavité stomacale du fœtus est toujours remplie de glycose qui peut très-bien se convertir en acide lactique. Celui-ci, joint à la pepsine ou au suc gastrique de la muqueuse stomacale, peut, grâce à une température convenable, determiner les effets fonctionnels du suc gastrique.

La constance de la présence du liquide amniotique dans les estomacs de fœtus de vaches, et plus encore l'énorme quantité de cellules propres de la cavité amniotique et dont la présence est constante dans le méconium, portent l'auteur à établir d'une manière certaine, qu'il existe chez le fœtus dès les premiers mois de la vie intra-utérine une déglutition régulière et continuelle des eaux de l'amnios.

Pour l'auteur, la glycose imprègne presque tous les tissus et les humeurs du fœtus, même avant l'apparition du foie. La plus grande partie, et peut-être la totalité de cette glycose, lui viendrait de la mère, comme il vient du jaune d'œuf au poussin. A l'appui de ces assertions, il dit que, chez les animaux qui sont en gestation ou en allaitement, le sang est toujours chargé de sucre.

Le foie temporaire que Cl. Bernard supposait exister dans les annexes du fœtus serait une idée dépourvue de fondement.

La bile, dit encore l'auteur, contient de la glycose chez le fœtus et chez l'adulte, aussi tient-il pour fausse la division absolue des fonctions hépatiques.

Les cotylédons placentaires maternels, à l'état frais, donnent un liquide laiteux avec de la graisse et des cellules pavimenteuses remplies de graisse : pareilles cellules revêtent les villosités placentaires du fœtus; aussi, au moins chimiquement, ajoute encore l'auteur, la conception du professeur Ercolani paraît avérée. Le professeur Ercolani a soutenu naguère que le fœtus vit dans l'utérus en s'y allaitant en quelque sorte, c'est-à-dire en y puisant, au moyen des cellules de ses villosités placentaires, de l'eau, des sels, de la glycose, de la graisse, des matières albuminoïdes (caséine ?), toutes substances qui entrent dans la composition du lait, et qui se trouvent dans le jaune d'œuf et le lait, placentas maternels du poussin et du nouveau-né.

BARÉTY.

Ueber die Bedeutung des Kochsalzes und das Verhalten der Kalisalze im menschlichen Organismus (De l'importance du sel marin et de l'influence des sels de potasse dans l'organisme humain), par G. BUNGE. (*Zeitschrift für Biologie, v.IX, p.* 104, 1873.)

Le sel doit nécessairement faire partie de l'alimentation ; mais existe-t-il en quantité suffisante dans les aliments organiques? Est-il indispensable d'en ajouter à l'état salin? Parmi les animaux, les herbivores paraissent seuls éprouver ce besoin, soit en domesticité, soit à l'état sauvage. Or, d'après les recherches préalables de Bunge, le sodium et le chlore existent en proportion aussi considérable dans l'alimentation des herbivores que dans celle des carnivores ; au contraire, la proportion de la potasse est de deux à quatre fois plus forte chez les premiers que chez les carnivores. — Bunge cherche à définir le rapport de ces faits.

Une première série d'expériences faites sur les sels de potasse les plus répandus dans les végétaux, montre qu'à la température du corps, le carbonate, le phosphate et le sulfate de soude en présence d'une solution aqueuse de chlorure de sodium subissent une double décomposition partielle.

Si la même action se produit dans l'organisme, les sels de potasse doivent augmenter la proportion du NaCl éliminé. — Bunge a expérimenté sur lui-même, dans des conditions identiques et rigoureusement déterminées, des quantités équivalentes de différents sels de potasse. En analysant tous les jours son urine, il a vu, sous l'influence de la potasse, une augmentation de Cl et de Na dans l'urine, mais, la soude étant en excès dans l'urine par rapport au chlore, Bunge admet qu'une partie des transformations a lieu dans le tube digestif avant l'absorption des sels.

Différentes particularités observées dans l'élimination de la potasse, sa durée, l'impossibilité théorique de la voir retenue dans le tube digestif où elle a des effets évacuants, ou dans le plasma du sang où elle a une action toxique, font admettre à l'auteur par exclusion que ce sont les globules sanguins qui fixent temporairement à l'état de phosphate une partie des sels potassiques absorbés.

Un tableau comparatif montrant par rapport à la soude la proportion de la potasse et du chlore dans les principales substances alimentaires, montre qu'il n'y a équivalence entre la potasse et la soude que dans la nourriture des carnivores.

De là, comme conclusion pratique, la nécessité d'ajouter du sel dans l'alimentation où les végétaux dominent. Les pommes de terre, les haricots, les pois, qui d'après le tableau de Bunge, contiennent la proportion la plus forte de potasse, forment pour une bonne part l'alimentation des peuples d'Europe et surtout des classes ouvrières, et exigent une addition de sel. Au point de vue exclusif de ces rapports avec la potasse, le sel permet donc à l'homme d'étendre la série de ses aliments.

EXCHAQUET.

Ueber die Rotationsbewegungen des Herzens nach einer directen Beobachtung am lebenden Menschen (Étude sur les mouvements de rotation du cœur observés directement sur l'homme vivant), par H. WILCKENS. (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin., XIIe vol., p.* 234.)

L'auteur a eu la bonne fortune de pouvoir étudier directement les mouvements du cœur chez un malade du service de Jurgensen : c'était un individu âgé de 35 ans, auquel on avait fait l'opération de l'empyème. Le 4e espace intercostal avait été largement ouvert ; plus tard, les parois de la plaie s'étaient sphacélées, de sorte que l'ouverture avait fini par mesurer 5 centimètres de long sur 3 de large et qu'elle s'avançait jusqu'à 3 centimètres du sternum ; une languette musculaire la séparait en deux parties ; en dirigeant, à l'aide d'un miroir tournant, la lumière solaire vers la fistule, on voyait à environ 7 centimètres de son extrémité droite le cœur recouvert de son enveloppe. On pouvait reconnaître qu'à chaque systole, le bord gauche de cet organe se portait en avant et à droite, tandis que le ventricule gauche regardait en avant par une plus grande partie de sa surface et que le sillon vertical, facile à distinguer à travers la péricarde, semblait se rapprocher de la ligne médiane ; on pouvait également constater *de visu* un mouvement d'abaissement de l'organe. Le toucher venait confirmer les données fournies par l'inspection : en introduisant le doigt dans la fistule, on sentait battre le bord gauche du cœur ; il devenait plus dur, pendant la systole, en même temps qu'il se rapprochait de la paroi antérieure du thorax, et qu'il glissait de haut en bas sur l'extrémité du doigt ; le cœur exécutait donc, à ce moment, un mouvement de rotation autour de son axe vertical et, simultanément, il s'abaissait.

Ces divers phénomènes étaient difficiles à analyser ; l'auteur, pour les étudier plus complétement, introduisit dans la fistule une tige métallique longue de 11 centimètres et il en fixa l'extrémité sur la pointe du cœur. Il fallait donner un point d'appui à son levier, il se servit à cet effet d'un petit appareil composé d'une membrane tendue sur un anneau et percée dans sa partie médiane ; la partie libre de la tige fut indroduite dans l'orifice et l'anneau fixé sur la plaie ; une tige plus mince munie d'une plume fut ajoutée à l'extrémité du levier, on reconnut aisément que cette extrémité s'abaissait à chaque systole, tandis qu'elle était soulevée à chaque diastole ; elle subissait en même temps un mouvement de rotation difficile à définir à cause de sa rapidité : il semblait qu'elle décrivît une courbe dont la concavité regardait en haut, en dehors et en arrière ; on pouvait en conclure que l'extrémité fixée sur le cœur se déplaçait en sens inverse.

Pour rendre plus évidents les mouvements communiqués au levier, on fixa perpendiculairement sur sa partie libre une tige plus petite ; les mouvements de son extrémité libre devaient reproduire, en les amplifiant, ceux que subissait le point du levier auquel elle était adaptée. On put constater qu'à chaque systole la pointe de cette tige s'inclinait en arrière vers la paroi thoracique en même temps que son point d'attache se rapprochait de l'ouverture fistuleuse ; la partie libre du levier principal décrivait donc une courbe dont la concavité regardait en dehors

et en arrière; la partie fixée au cœur devait nécessairement se déplacer en sens opposé.

L'ensemble de ces observations montre (ce que l'on savait déjà), que pendant la systole, le cœur se porte en bas en même temps qu'il tourne de gauche à droite autour de son axe vertical.

HALLOPEAU.

Action of heat on the heart (Action de la chaleur sur le cœur), par Lauder BRUNTON. (*Brit. med. journ.*, 25 *août* 1873.)

Ce travail rend compte d'expériences faites au musée de King's College et qui mettent en lumière les faits suivants, parfaitement connus maintenant : à savoir le ralentissement des battements du cœur sous l'influence du froid, aboutissant à la mort par dilatation passive des parois de l'organe ; ainsi que l'accélération de ces battements sous l'influence de la chaleur, aboutissant à la mort par tétanisation du cœur. Ainsi se trouve expliquée l'action antipyrétique de certains médicaments qui doivent ce résultat au ralentissement des battements du cœur consécutif à leur administration. Ces expériences furent faites sur des grenouilles. Puis l'auteur décrit longuement l'appareil qui a servi à démontrer ces faits. Il termine ce travail en faisant observer que chez des personnes enfermées dans une pièce très-chauffée les battements du cœur s'accéléraient sensiblement.

A. GOUGUENHEIM.

Beiträge zur Kenntniss der physiologischen Wirkungen des Hyoscyamins und der Spaltungsproducte des Hyoscyamins und des Atropins (Contribution à l'étude de l'action physiologique de l'hyoscyamine et des produits de dédoublement de l'hyoscyamine et de l'atropine), par M. M. HELLMANN. (*Dissert. inaug.*, *Iena*, 1873.)

L'auteur a eu entre les mains de petites quantités des produits suivants, chimiquement purs, hyoscyamine, chlorhydrate d'hyoscyamine, hyocyanate de soude, hyoscine, tropine et tropinate de soude ; il a fait avec ces substances quelques recherches sur des grenouilles et des lapins.

L'action mydriatique de l'hyoscyamine pure est aussi puissante que celle de l'atropine ; la présence de quantités d'hyoscyamine, chimiquement introuvables, est décélée par cette réaction physiologique.

A la dose de 0 gr. 01 centigr. elle diminue l'excitabilité réflexe, vraisemblablement par la paralysie des terminaisons des nerfs de la peau ; avec l'atropine ce résultat survient avec la dose de 0 gr. 005 milligr.

La paralysie des centres modérateurs du cœur, qui est caractéristique de l'atropine, ne s'observe pas chez des grenouilles empoisonnées avec 5 à 20 milligr. d'hyoscyamine, l'on constate même alors que la fréquence des contractions cardiaques diminue de 1/3 ou de la moitié ; par contre,

l'on voit chez les animaux à sang chaud (chiens) une augmentation de fréquence du pouls et une paralysie complète du pneumogastrique, qui ne répond plus aux excitations électriques.

L'hyoscyamine ralentit la respiration chez les grenouilles et ne l'accélère pendant les dernières périodes de l'empoisonnement que chez les mammifères, ce qui arrive également toujours avec l'atropine.

Cette ressemblance d'action entre l'atropine et l'hyoscyamine a conduit Preyer à employer cette dernière substance comme contre-poison de l'acide cyanhydrique; des cobayes ayant absorbé une dose mortelle d'acide prussique, furent sauvés par l'hyoscyamine.

Le produit de dédoublement de cet alcaloïde, l'*hyoscine* est un liquide oléagineux. Des grenouilles empoisonnées par 1/2 goutte ou une goutte n'éprouvent pas les effets de l'intoxication par l'hyoscyamine, mais des troubles considérables de la respiration et meurent en peu de temps. Par contre, chez les lapins, on trouve comme avec l'hyoscyamine une paralysie des extrémités cardiaques du pneumogastrique, après une injection hypodermique de trois gouttes, tandis que le nombre des pulsations diminue peu à peu. Pas d'action sur la pupille ni sur la respiration.

Les acides *tropinique* et *hyoscinique* n'ont pas d'action.

Quant à la *tropine*, que Fraser dit être physiologiquement identique à l'atropine, excepté pour la mydriase, l'auteur ne lui reconnaît, chez les grenouilles comme chez les lapins, aucune influence appréciable sur l'activité cardiaque et l'excitabilité réflexe, et une faible action sur le ralentissement de la respiration. H. CHOUPPE.

An experimental inquiry into the physiological actions of theine, caffeine, guaranine, cocaine and theobromine. (Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la théine, de la caféine, de la guaranine, de la cocaïne et de la théobromine), par Alexandre BENNETT. (*Edinburgh medical journal, oct.* 1873, *p.* 323.)

Ce travail repose sur une centaine d'expériences pratiquées sur diverses espèces d'animaux, dans le laboratoire de physiologie de l'université d'Edimbourg.

On sait que la théine, la caféine et la guaranine sont trois substanees isomériques qui répondent à la même formule chimique. La cocaïne, d'importation récente, provient des feuilles de l'érythroxylon coca et se rapproche beaucoup comme constitution chimique des précédentes. Enfin la théobromine, principe actif du cacao, n'en diffère également que par la proportion des éléments que contient sa composition. Ces cinq corps, analogues par leurs affinités chimiques, le sont-ils par leurs propriétés physiologiques? C'est ce qu'a cherché à montrer A. Bennett.

Voici les conclusions générales de son mémoire :

Les effets physiologiques du thé, du café, du guarana, du coca et du cacao, sont dus presque exclusivement à la présence de la théine, de la caféine, etc., qui jouent le rôle de substances actives.

La théine, la caféine, la guaranine, etc., sont des poisons puissants qui agissent énergiquement sur les appareils nerveux, respiratoire, circula-

toire, vaso-moteur et glandulaire, et peuvent amener la mort à certaines doses.

Ces cinq principes immédiats paraissent jouir de propriétés identiques.

A petite dose, ils déterminent des phénomènes d'excitation cérébrale non suivis de coma, et en second lieu, une perte partielle de la sensibilité.

A forte dose, ils amènent : 1° de l'excitation cérébrale ; 2° une paralysie complète de la sensibilité ; 3° des spasmes tétaniques et des convulsions ; 4° la mort. Ils semblent donc paralyser complétement les faisceaux postérieurs de la moelle épinière et le système des nerfs sensitifs périphériques, mais ils sont sans influence sur les faisceaux antérieurs de la moelle et les nerfs moteurs périphériques.

Les convulsions qu'ils entraînent sont habituellement des secousses cloniques ; plus rarement on observe des contractions toniques, qui dans des cas exceptionnels peuvent aller jusqu'à l'opistothonos. Il y a donc une certaine analogie entre ces accidents et ceux produits par la strychnine ; mais cette dernière substance a surtout pour effets d'exagérer les mouvements réflexes et le pouvoir excito-moteur de la moelle, tandis que la théine et la caféine à doses toxiques, paralysent le système sensitif périphérique. Les spasmes qui surviennent dans ces conditions sont donc le fait de l'irritation directe de l'axe spinal et nullement de l'exagération des actions réflexes.

Jamais on n'a vu survenir la paralysie musculaire.

Les mouvements respiratoires, comme les contractions du cœur, sont d'abord accélérés, puis ralentis et finalement suspendus par l'action de ces substances.

Il se produit également, suivant les doses progressivement croissantes du médicament, d'abord une contraction, ensuite une dilatation des capillaires et des petits vaisseaux sanguins, par conséquent, une excitation suivie d'une paralysie vaso-motrice.

La température est d'abord abaissée, puis augmentée. Habituellement, il y a de la contraction des pupilles et une augmentation de la sécrétion salivaire.

Enfin, on observe des contractions particulières du rectum, une sorte de ténesme, accompagnées d'une sécrétion muqueuse abondante de l'intestin.

Suivent les détails des expériences principales ; presque toutes ont été faites par la voie endermique. L'examen anatomique des viscères et du système nerveux a toujours été pratiqué immédiatement après la mort. Un tableau résumé des expériences comparatives sur les différentes substances ci-dessus indiquées, ainsi qu'une planche montrant la courbe de la température du pouls et de la respiration après l'injection médicamenteuse, complètent ce consciencieux travail. H. RENDU.

Note sur quelques expériences relatives à l'action de la quinine sur les vibrioniens et sur les mouvements amiboïdes, par M. le Dr BOCHEFONTAINE. (*Arch. de Physiologie*, 1873, *nos 4 et 6.*)

En 1868, M. Binz publia un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur le mode d'action de la quinine.* Ces recherches furent faites

avec le chlorhydrate neutre de quinine, et le physiologiste allemand crut démontrer qu'une dissolution de chlorhydrate de quinine au 800e tuait immédiatement les paramécies et les kolpodes. Si la dissolution n'est qu'au 2000e, la mort met quelques minutes à survenir, et quelques heures pour une dissolution au 20000e. L'action de ces solutions est presque la même sur les vibrions et les bactéries, mais elle est moindre sur les monades. Et de toutes ces expériences l'auteur concluait à l'action antiputride du chlorhydrate de quinine. M. Binz crut également démontrer par des expériences que la quinine jouissait de propriétés antiphlogistiques et qu'elle s'opposait aux mouvements amiboïdes des globules blancs du sang.

Le succès de la quinine dans les affections paludéennes tiendrait à ce que cette affection est caractérisée par la présence de végétaux microscopiques dans le sang (Salisbury). Les insuccès obtenus dans la septicémie et les affections inflammatoires résulteraient de ce qu'on ne donne pas une dose suffisante du médicament, et, d'après M. Binz, il serait nécessaire d'administrer *quinze grammes de quinine par 24 heures* pour un homme de 150 livres, pour combattre avec succès les progrès d'une péritonite.

Voilà très-succinctement le résultat des travaux de M. Binz. Le même sujet est abordé par M. Bochefontaine ; ses expériences sont nombreuses, ingénieuses et consciencieusement observées, mais il n'arrive pas aux mêmes résultats, et on peut résumer ce travail sous forme de propositions :

1° Il n'est pas rare de rencontrer des vibrioniens dans le sang à l'état normal, chez l'homme sain. Ce n'est donc pas là une particularité des affections paludéennes ou septicémiques.

2° Des vibrioniens se développent spontanément dans les solutions acides concentrées de sulfate et de chlorhydrate de quinine.

3° Les solutions acides faibles de sulfate et de chlorydrate de quinine n'ont pas une action plus meurtrière que celle de l'eau pure sur les vibrioniens préalablement développés dans les macérations végétales et dans le sang putride.

4° Les vibrioniens du sang putride ne sont pas détruits par les solutions de quinine au 1000e et même au 800e.

5° On voit les vibrioniens se développer, au bout de 48 heures et même de 24 heures, dans les solutions de quinine ou de sels de quinine au millième, contenant des matériaux azotés en petite quantité (petits morceaux de muscles frais, ou sang frais normal).

6° L'administration de la quinine, même à dose toxique, ne détruit pas les bactéries ou les vibrions chez les grenouilles en état de *bactérihémie*.

7° La bactérihémie expérimentale paraît se développer également chez les grenouilles intoxiquées par la quinine et chez les grenouilles qui ne le sont pas.

8° Chez la grenouille la quinine en solution étendue ne paraît pas avoir d'action notable sur les mouvements amiboïdes des leucocytes.

Ajoutons que d'après M. Vulpian, et d'après ses expériences personnelles, il faudrait, dans l'hypothèse de M. Binz, pour agir sur les vibrioniens contenus dans le sang des fiévreux, administrer à ces fiévreux, dans les 24 heures, *plus de trente grammes* de chlorhydrate de quinine !

M. Binz répétera sans doute ses anciennes expériences, et nous en communiquera les nouveaux résultats. A. JOFFROY.

The action of the cinchona alkaloïds and some of their congeners on bacteria and colourless blood corpuscules (Action des alcaloïdes du quinquina et de quelques-uns de leurs congénères sur les bactéries et les corpuscules blancs du sang), par B. Buchanan BAXTER. (*The Practitioner, nov.* 1873.)

Le travail de Baxter est un exposé très-complet de l'état actuel de la question. Il commence par un résumé historique. L'action antiseptique de ces corps a été signalée par S. John Pringle en 1750, mentionnée depuis par Briquet qui la confondit avec l'astringence, et étudiée depuis par Binz et ses élèves. Sachant que la putréfaction se produit par la multiplication d'animalcules d'une organisation très-simple, appelés microzymas, l'auteur cherche à établir l'action des alcaloïdes sur ces animaux.

Avant tout il étudie l'anatomie et la physiologie des microzymas.

A) La vie se traduit, chez eux, par des mouvements propres que l'auteur décrit minutieusement. Mais l'absence de mouvements n'est pas une preuve de mort ; la cause peut cesser et les mouvements reparaître.

B) Par la faculté de reproduction qui est immense, l'auteur la décrit également en détails.

Mais avant de faire ses expériences il répéta les expériences des auteurs précédents sur l'action de la chaleur sur les animalcules ; il remarqua que cette action commençait à se faire sentir à 60°, c'est-à-dire à un chiffre beaucoup plus bas que ceux indiqués antérieurement. La chaleur les prive de mouvements, mais ne les rend pas impropres à se reproduire (en position à une température de 66-70°), à 100° la reproduction cesse à son tour.

Il fixe la dose de chlorhydrate de quinine capable d'arrêter les mouvements spontanés à 1/250 ; mais à cette dose c'est une action d'arrêt et non de mort, action qui peut être comparée à la torpeur causée par la privation d'oxygène. Mais d'autres corps à la même dose exercent une action mortelle immédiate. (Bichlorure de mercure 1/133.) Il est probable que le chlorhydrate de quinine aurait la même action à plus haute dose ; sa faible solubilité empêche de s'en convaincre. Il arrête la reproduction avec une puissance qui est en rapport direct avec sa quantité. Toute cette partie du travail de Baxter est accompagnée d'expériences minutieusement décrites.

En s'appuyant sur d'autres expériences faites avec la solution neutre de chlorhydrate de cinchonine, de quinidine et de cinchonidine, l'auteur pense que toutes ces substances ont une action antiseptique. Elles agissent à des doses à peu près égales. L'ordre d'activité serait le suivant : quinine, quinidine, cinchonidine et enfin cinchonine.

L'auteur étudie ensuite le chlorhydrate de berbérine, le sulfate de berbéria, le sulfate de soude et le picrate de potasse.

En dehors des propriétés antipériodiques qu'on lui reconnaît la berbéria aurait comme antiseptique une action qui la rapprocherait des

alcaloïdes du quinquina. La berbérine n'en a pas. Quant à l'action des deux autres substances elle est beaucoup plus faible. Cependant le picrate de potasse a une action presque aussi puissante que celle de la quinine, mais peut-on l'administrer à dose suffisante sans danger.

Action sur les leucocytes. — Les quatre alcaloïdes du quinquina semblent arrêter très-rapidement les mouvements migrateurs des leucocytes du sang du lézard, si la proportion est de 1/1500. Il y a peu de différence entre eux sous ce rapport, cependant la quinine est la plus active. La quantité nécessaire pour arrêter la production des prolongements est plus considérable que celle qu'il faut pour empêcher la migration. Cette différence indique qu'il est possible de narcotiser dans l'organisme les globules blancs sans les tuer.

Le sulfate de berbéria qui approche des alcaloïdes du quinquina pour sa puissance antiseptique est aussi leur égal pour arrêter les mouvements migrateurs des leucocytes. En même temps il rend plus nets les contours des noyaux des hématies ce qui n'a pas lieu avec les alcaloïdes du quinquina; son mode d'action n'est donc probablement pas le même.

Le picrate de potasse, la strychnine, etc., n'ont presque pas d'action sur les globules blancs. H. CHOUPPE.

De l'irritabilité des étamines; distinction dans ces organes de deux ordres de mouvement, note de E. HECKEL. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences,* 27 *oct.* 1873.)

Se plaçant surtout au point de vue de la physiologie générale, E. Heckel emprunte à la vie des végétaux un nouvel élément à apporter dans la discussion de la théorie de la *dualité vitale dans les deux règnes.* Distinguant, comme M. Paul Bert, les *mouvements spontanés* et les *mouvements provoqués* chez les plantes, il cherche à montrer que ces derniers (qui existent seuls dans les filets staminaux des Mahonia, et disparaissent par l'action du chloroforme), peuvent être classés parmi les phénomènes d'*irritabilité fonctionnelle;* tandis que les mouvements spontanés (qui existent seuls dans les étamines de la *Ruta graveolens* et que le chloroforme ne modifie pas) se rattachent à la vie générale de la plante et doivent être rangés parmi les phénomènes d'*irritabilité nutritive.* M. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Vie de l'univers ou étude de physiologie générale et philosophique appliquée à l'univers, par Th. GALICIER. 1 vol. in-8° de 600 pages. (Paris, Ad. Delahaye.)

Une synthèse physique; ses inductions et ses déductions, par le Dr Aug. Durand (de Lunel). Paris, 1 vol. in-18° de 185 p. — Savy.

Die Physiologie u. Psychologie d. Lachens u. d. Komischen (Physiologie et psychologie du rire), par E. Hecker. — Berlin.

Physiologie et psychologie du rire, d'après Hecker, par L. Dumont. (*Rev. scientif.*, déc., n° 23.)

Sull'azione dei nervi vaghi sul cuore (Sur l'action des nerfs vagues sur le cœur). Revue critique et recherches expérimentales par le Dr J. Bulgari (*Il Morgagni*, de Naples, fasc. 7 et 8, p. 532.)

Sulla fisiologia degli organi centrali del cuore (Sur la physiologie des organes centraux du cœur; recherches expérimentales sur les grenouilles), par le Dr L. Luciani. (*Rivista clinica*, de Bologne, mai, fasc. 5e, 6e, 8e et 9e.)

The Action and sounds of the heart (Des bruits du cœur), par Georges Paton. (*Brid. med. Journ.*, 6 sept.)

Studien zur Physiologie d. Herzens u. der Blutgefässe. Abhandlg. ueber die directe electrische Reizung d. Saügethierherzens (Physiologie du cœur et des vaisseaux; excitation directe du cœur des mammifères par l'électricité), par S. Mayer. — Vienne.

Nouvelles recherches sur l'analyse et la théorie du pouls à l'état normal et anormal, par M. Bouillaud. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 15 et 29 septembre.)

Le cœur et le cerveau. Leçon de M. Cyon. (*Revue scientifique* du 22 nov., n° 21.)

Die Transfusion im Gebiete der Capillaren und deren Bedeutung für die organischen Functionen im gesunden und kranken Organismus (La transfusion (endo-exosmotique) dans le système capillaire et son influence sur les fonctions organiques dans l'état normal ou pathologique de l'économie), par le Dr Moriz Körner, de Graz. (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, nos 17 et seq.)

Ueber den wissenschaftl. Werth der Nervenelektricität (Des connaissances sur l'électricité nerveuse), par J. T. Koziel. (*Mittheil. d. ærztl. Ver., in Wien*, II, 13.)

Ueber quere Durchströmung des Froschnerven (De la galvanisation transversale des nerfs de la grenouille), par E. Hitzig. (*Pflüger's Arch.* Bd. VII, p. 263-273.)

Die Interferenzen electrischer Erregungen (Les interférences des excitations électriques), par Valentin. (*Pflüger's Archiv.*, t. VII, p. 458-496.)

Von den Beziehungen der Elasticität zur Muskelthätigkeit (Des rapports de l'élasticité avec l'activité musculaire), par A. Volkmann. (*Pflüger's Archiv*, t. VII, p. 1-18.)

Weitere Untersuchungen über den Electrotonus insbesondere über die Erstreckung desselben auf die intramusculären Nervenden (Nouvelles recherches sur l'électrotonus, particulièrement sur son existence dans les nerfs intramusculaires), par L. Hermann. (*Pflüger's Arch.*, t. VII, p. 301-323.)

Ueber einige chemische Reactionen des thätigen und unthätigen Muskels (De quelques réactions chimiques du muscle actif et inactif), par P. Grutzner. (*Pflüger's Arch.*, t. VII, p. 254-263.)

Ueber die Gleichgewichtsbedingungen für den erregten und unerregten Muskel (Des conditions d'équilibre du muscle à l'état d'excitation ou de non excitation), par le Dr Fuchs. (*Pflüger's Arch.*, t. VII, p. 421-440.)

Die Athmen der Frösche (De la respiration des grenouilles), par W. Muller. (*Berichte des deutschen chemischen Gesellschaft*, t. VII, p. 709.)

Quelques considérations sur le rôle éliminateur du poumon, par Louis Rigaud. (*Thèse de Paris*, n° 362.)

Die Function der Trommehöhle und der Tuba Eustachii (Fonctions de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache). — Versuche über die Accomodation des Ohres (Recherches sur l'accommodation de l'oreille), par E. Mach et J. Kessel. (*Sitz. ber. der Wiener Akad.*, Bd. LXVI, p. 329-343.)

Ueber die Fettresorption im Dünndarm (Absorption de la graisse dans l'intestin grêle), par Thanhoffer. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 23.)

Die Hemmung der Darmbewegung durch den Nervus splanchnicus (Arrêt des mouvements de l'intestin par le nerf splanchmique), par S. v. Basch. — Vienne.

Ueber A. v. Wistinghausen's endosmotische Versuche, etc. (Des recherches endosmotiques de Wistinghausen sur le rôle de la bile dans l'absorption des graisses neutres), par F. Steiner. (*Arch. de Reichert et Du Bois-Reymond*, Heft II, p. 137-160.)

Ueber d. von d. Experimentalphysiologie festgestellten Thatsachen in Bezug auf d. Lehre vom Diabetes u. d. Hydrurie (Faits précis de physiologie expérimentale sur les rapports et la pathogénie du diabète et de l'hydrurie), par C. Eckhard. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 7, 8 et 9.)

Due nuovi argomenti intorno alla genesi renale dell urea (Deux nouveaux arguments en faveur de la genèse rénale de l'urée). Observations critiques du Dr Murri. (*Lo Sperimentale*, fasc. 9e, p. 279.)

Recherches sur l'ovulation, par C. Versari. (*Raccogl. med.*, XXXVI, p. 465.)

CHIMIE MÉDICALE.

ANALYSES.

Untersuchung menschlischer Galle (Recherches sur la bile humaine), par Oscar JACOBSEN. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin. t. VII, p.* 1026, 1873.)

A l'état frais, la bile de l'homme est encore peu connue et sa composition mal déterminée.

L'auteur eut l'occasion d'en obtenir une grande quantité sur un malade atteint de fistule biliaire, et il en reprit complétement l'étude.

La bile humaine forme un liquide clair, vert brun-jaunâtre, d'une réaction absolument neutre ; sa densité varie de 1,0105 à 1,0107 ; le poids des éléments solides oscille entre 2,24 et 2,28 pour cent. Dans le cas actuel, elle contenait toujours de la bilirubine et de la biliverdine, et pendant les premiers moments de l'ouverture de la fistule, des matières albuminoïdes et de la leucine, jamais de sucre ni d'urée.

Analyse des cendres. — Soumises à l'analyse, les cendres ont donné les résultats suivants :

	Cendres, pour cent.	Bile sèche, pour cent.
KCl	3.39	1.276
NaCl	65.16	24.508
Co^3Na^2	11.11	4.180
PO^4Na^3	15.90	5.984
$(PO^2)^2Ca^3$	4.44	1.672
	100.00	37.620

Les cendres contiennent en outre une petite quantité de fer, d'acide silicique, de magnésie, et dans trois expériences des traces de cuivre.

Analyse des matières organiques. — L'éther dissout 3.14 pour cent du résidu de la bile évaporée à sec, savoir :

Cholestérine	2,49
Matières grasses non saponifiées, avec oléate de soude	0,44
Lécithine (calculée par le poids du phosphore du résidu éthéré)	0,21
	3,14

Les substances insolubles dans l'éther et dans l'alcool ont donné un résidu sec de..... 10,0
L'extrait alcoolique de la bile sèche contient :
Glycocholate de soude..... 44,8
Palmitate et stéarate de soude..... 6,4

L'extrait alcoolique de la bile amené en consistance sirupeuse abandonne par le refroidissement une grande quantité de palmitate et de stéarate de soude facile à purifier par des lavages avec l'alcool froid. En faisant bouillir le liquide surnageant avec de l'eau de baryte pour amener la décomposition des acides biliaires, on obtient un mélange d'acides gras en petite quantité et d'acide cholique combinés à la baryte, et insolubles dans l'eau chaude, lesquels se précipitent ensemble par l'addition d'acide chlorhydrique. On les sépare assez bien en ajoutant à leur solution ammoniacale un peu de chlorhydrate d'ammoniaque et en précipitant par le sulfate de magnésie dans lequel le sel d'acide cholique reste en solution.

Dans la décomposition des acides biliaires par l'eau de baryte, il se forme de l'acide cholique, du glycocolle, mais nulle trace de taurine.

L'auteur a confirmé ce dernier résultat en calcinant avec de la potasse deux grammes de bile sèche, bien privée de sulfates ; le produit obtenu ne contenait pas de sulfates. Le même fait a été constaté avec de la bile recueillie sur des sujets morts de diverses maladies. Cette dernière expérience n'est probante qu'à la condition d'opérer sur de la bile privée de sulfates. En effet, E. Bischoff et Lossen ont montré que la bile contenait, sur un ensemble de huit expériences, de 0,83 à 2,99 0/0 de soufre ; et l'auteur a trouvé une fois 2,670 0/0 et neuf fois de 0,021 à 0,925 0/0 de soufre.

A la suite d'essais analogues, Jacobsen reconnut une différence entre la quantité de soufre renfermé dans les sulfates et celle contenue dans la bile, et après l'ébullition avec l'eau de baryte, il isola des cristaux de taurine. Jamais il n'a constaté l'absence de glycocolle.

Il résulte donc de ces faits que l'acide glycocollique est un élément constant de la bile de l'homme, que l'acide taurocholique peut souvent manquer ou se trouver en proportion variable quand il existe.

Chez les animaux le rapport entre la quantité de deux acides est beaucoup moins constant qu'on ne l'admet généralement, quoique jamais on ne constate l'absence d'acide taurocholique.

Dans toutes les expériences faites avec l'eau de baryte, l'auteur a obtenu de la triméthylamine, ce qui prouve l'existence constante de la choline dans la bile de l'homme. E. HARDY.

Ueber den Kohlensäure-Gehalt des Harns im Fieber (De la richesse de l'urine en acide carbonique dans la fièvre), par le Dr C. A. EWALD, de Berlin. (*Arch. de Reichert et Du Bois-Reymond*, 1873, *Heft I*, *pages* 1-17.)

Les recherches de Liebermeister et de Leyden, faites sur l'homme, ont montré que l'exhalation d'acide carbonique par la peau et les poumons est augmentée dans la fièvre dans la proportion de 1 1/2 à 1. Ewald a eu la pensée d'appliquer à l'urine fébrile de l'homme les méthodes gazométriques qui ont tant contribué, dans ces derniers temps, à élucider la physiologie des liquides de l'organisme, du sang en particulier. Il n'existait à cet égard dans la science que quelques données isolées et incomplètes, dues principalement à Planer, de Vienne, qui, dès 1849, avait trouvé, à l'aide d'une méthode, il est vrai, tout à fait primitive et imparfaite, que la proportion de l'acide carbonique augmentait considérablement dans l'urine pendant la fièvre.

L'auteur, dans ses recherches, s'est servi de la pompe à mercure de Pflüger, avec la modification heureuse qu'y a apportée Pokrowsky.

La première difficulté consistait à obtenir l'urine par le cathétérisme en évitant le contact de l'air. C'est ce que l'auteur réalisa de la façon suivante. Il se servit d'un récipient mobile pouvant être détaché de la pompe, sur le tube d'épuisement de laquelle il se fixait à l'aide d'une tubulure munie d'un robinet. Le vide étant préalablement fait dans le récipient et le robinet fermé, on pouvait le transporter à volonté du laboratoire au lit du malade sans avoir à craindre la pénétration de l'air.

A la partie supérieure du récipient se trouve une deuxième tubulure, également munie d'un robinet et qui est reliée au cathéter introduit dans la vessie à l'aide d'un tube en caoutchouc. Ce robinet est ainsi disposé que dans une première position A le cathéter communique directement avec l'extérieur; dans une seconde position B il communique avec le récipient, enfin dans une troisième position C le récipient est hermétiquement fermé.

Le robinet est d'abord placé dans la position A, jusqu'à ce que l'urine ait balayé tout l'air contenu dans le cathéter et dans le tube de caoutchouc. L'urine qui s'échappe ainsi au dehors est recueillie et sert à mesurer le poids spécifique du liquide, sa réaction, etc. Cela fait, on place le robinet dans la position B et l'urine se précipite dans le vide du récipient en écumant. Quand on a ainsi recueilli une quantité suffisante d'urine (environ 70 à 80 centimètres cubes) on donne au robinet la position C, on enlève le récipient et tout est terminé au lit du malade.

Le récipient, soigneusement essuyé, est pesé exactement; la différence du poids ainsi obtenu avec le poids du récipient vide donne le poids de l'urine; il suffit de diviser ce dernier par le poids spécifique de cette urine pour avoir le volume exact de la quantité sur laquelle on agit. Le récipient est ensuite mis en communication avec le tube d'épuisement de la pompe et l'on procède comme d'habitude à l'extraction et à la mensuration des gaz de l'urine. Quand, au bout d'un quart d'heure environ, le vide ne provoque plus le départ d'aucune bulle gazeuse, on introduit dans le récipient un peu d'acide phosphorique pour chasser l'acide carbonique fixe (fortement lié, comme disent les Allemands) de l'urine.

Voici les résultats qu'ont donnés plus de 60 analyses pra-

tiquées sur 7 malades atteints de typhus récurrent, de fièvre typhoïde et de pneumonie franche. Pour avoir un point de comparaison, on pratiquait l'analyse des gaz de l'urine de ces sujets à l'état apyrétique en les plaçant, autant que possible, dans les mêmes conditions diététiques que pendant la fièvre.

D'abord, pour ce qui est de l'oxygène et de l'azote, les urines fébriles, ainsi que les urines normales, n'en contiennent que de très-faibles proportions ($0^{vol},04$ d'oxygène et 0,80 d'azote pour 100 volumes d'urine), ainsi que Planer et Pflüger l'avaient déjà indiqué. Dès que l'urine renferme une plus forte proportion de ces deux gaz, c'est une preuve que de l'air s'est introduit dans le récipient.

L'acide carbonique *fixe*, c'est-à-dire qui ne se dégage pas par le vide seul et qui n'est expulsé que par l'addition d'un acide (l'acide phosphorique) est également en proportion tout à fait négligeable dans l'urine fébrile, ainsi que dans l'urine normale (environ $0^{vol},50$ %). Presque tout l'acide carbonique que contient l'urine y existe donc à l'état *faiblement lié*.

En consultant les tableaux annexés au mémoire, on s'assure que pendant la fièvre les urines renferment plus d'acide carbonique que pendant l'apyrexie. Les urines fébriles contiennent en moyenne 16 à 17 volumes 0/0 d'acide carbonique, tandis que l'urine normale, d'après Pflüger (encore ce chiffre, obtenu sur des sujets robustes est-il certainement exagéré) n'en contient que 13 0/0 (1). Quelquefois cependant, quand elle est très-abondante et fortement diluée, l'urine fébrile contient, à volume égal, moins d'acide carbonique que l'urine normale. Mais si dans ces cas on tient compte de la totalité des urines rendues dans les 24 heures, on voit que la quantité d'acide carbonique ainsi éliminée dépasse la normale.

Si l'on compare la courbe de l'urée à celle de l'acide carbonique, on constate qu'elles sont sensiblement parallèles. Néanmoins, comme le fait justement observer l'auteur, ce parallélisme ne prouve point, ainsi qu'on pourrait le croire de prime abord, que dans la fièvre, la combustion des substances hydrocarbonées éprouve la même exagération que celle des matières albuminoïdes ; celles-ci, en effet, donnent naissance à la fois à de l'urée et à de l'acide carbonique, et pourraient ainsi *à elles seules* fournir le surcroît de ces deux produits de combustion.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, deux faits intéressants ressortent du mémoire d'Ewald; c'est, d'une part, l'augmentation constante de l'élimination de l'acide carbonique par les urines pendant

(1) Il faut savoir que les Allemands, dans leurs mensurations gazométriques, supposent toujours les gaz à 0° et à la pression d'*un mètre* de mercure ; en France, nous les supposons à la pression de $0^{m},76$ de mercure.

la fièvre ; d'autre part, le parallélisme de la courbe de l'acide carbonique et de l'urée des urines fébriles. STRAUS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber die Wirkung der Alkaloïde auf die organischen Substanzen des Thierkörpers (De l'action des alcaloïdes sur les substances organiques du corps), par le Dr M.-J. ROSSBACH. (*Verhandlungen der physik. medizin. Gesellschaft in Würzburg, vol. III*, 1872, *p.* 346.)

On sait que les alcaloïdes en général agissent sur l'organisme en diminuant les processus d'oxydation. L'auteur de ce travail a cherché à établir le mécanisme de cette action. Quelles sont les substances sur lesquelles agissent plus particulièrement les alcaloïdes ? Quelles sont les altérations qu'ils y produisent ? Telles sont les questions que se pose Rossbach. D'une première série d'expériences sur les différentes matières albuminoïdes (blanc d'œuf, albumine du sérum, du suc musculaire) et l'hémoglobine, il tire les conclusions suivantes :

1° Les substances albuminoïdes, qui existent à l'état liquide dans le protoplasma et les différents tissus de l'organisme, subissent, sous l'influence des alcaloïdes, une altération spéciale. Déjà, à une température de 30°-40° cent., elles perdent leur affinité pour l'ozone. A une température plus élevée, mais bien inférieure à celle où se coagule l'albumine ordinaire, elles perdent leur solubilité en formant des albuminates de l'alcaloïde.

2° Cette transformation des matières albuminoïdes est produite, avec ses caractères essentiels, par tous les alcaloïdes, mais avec des modifications spéciales à l'albumine et à l'alcaloïde employés.

3° Les alcaloïdes n'agissent sur l'hémoglobine qu'en augmentant son affinité pour l'ozone, qu'elle cède par là même moins facilement aux autres substances.

4° C'est par cette double action sur l'albumine et l'hémoglobine que les alcaloïdes diminuent la capacité d'oxydation du protoplasma.

EXCHAQUET.

Ueber die Darstellung salzfreier Albuminlösungen vermittelst der Diffusion (Sur la préparation de solutions d'albumine exemptes de sels), par Bernhard ARONSTEIN, de Dorpat. (*Arch. f. d. gesammte Physiologie, t.* 8, *p.* 75, 1873.)

Malgré de nombreux essais on ne sait pas encore si la solubilité de l'albumine tient à sa nature propre, ou si elle est due à la présence d'alcalis ou de sels étrangers. Pour être résolu, ce problème exige avant

tout de savoir préparer de l'albumine pure. Aronstein y est parvenu en se servant de la diffusion, comme Graham d'ailleurs l'avait déjà fait avant lui. Hoppe-Seyler, Kühne et la plupart des auteurs ne sont point arrivés cependant à obtenir par cette méthode l'albumine parfaitement exempte de matières minérales, cela tenait à ce qu'ils employaient un papier parchemin de mauvaise qualité provenant des fabriques allemandes, et non le papier anglais de De La Rue. Avec ce dernier, on prépare de l'albumine complétement soluble dans l'eau.

L'albumine pure ne se coagule ni par l'action de la chaleur, ni par l'alcool; la coagulation ne se produit que s'il y a des sels étrangers dans la dissolution. Il n'existe aucune combinaison d'albumine et de sels qui rende ces derniers solubles; les sels doivent leur solubilité à une substance autre que l'albumine.

Outre l'albumine, les matières albuminoïdes de l'œuf et le sérum du sang contiennent une substance spéciale, insoluble dans l'eau, et dissoute dans les solutions d'albumine par l'action des cristalloïdes (substance fibrinoplastique ou para-globuline).

L'albumine pure du sérum est précipitée par l'éther, celle de l'œuf ne l'est pas; en présence des sels, la réaction a lieu d'une manière inverse.

E. HARDY.

Du rôle des gaz dans la coagulation de l'albumine, note de MM. E. MATHIEU et V. URBAIN. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 29 *sept.* 1873.)

D'après les intéressantes expériences de MM. Mathieu et Urbain, l'albumine du sérum sanguin, comme celle de l'œuf, contient un peu d'oxygène, un peu d'azote, et *beaucoup d'acide carbonique*. Quand on coagule l'albumine par la chaleur, ce dernier gaz ne se dégage pas. Bien plus, si on prive l'albumine de tous ses gaz, elle est devenue *incoagulable*, même à 100° : on peut lui rendre l'oxygène et l'azote sans qu'elle redevienne coagulable, mais elle recouvre cette propriété si on lui restitue l'acide carbonique qu'elle a perdu. De nombreuses expériences viennent confirmer ces résultats.

MM. Mathieu et Urbain montrent, de plus, que l'*albumine privée de ses sels volatils se transforme en globuline;* en effet, le caractère distinctif d'une solution de globuline extraite soit du cristallin, soit des épanchements séreux, est d'être coagulée par l'acide carbonique à la température ordinaire : l'albumine, à laquelle on a enlevé non-seulement ses gaz, mais ses sels volatils, se comporte comme la globuline, et le précipité qu'elle donne présente les mêmes réactions (solubilité sous l'influence d'un courant d'air ou de certains gaz) que la globuline du cristallin.

L'extraction des gaz s'opère au moyen de la pompe à mercure, ou simplement par l'évaporation d'une solution très-diluée (la dilution permet à la majeure partie de l'acide carbonique de se dégager).

Nous ne saurions trop appeler l'attention des physiologistes sur l'importance de ces faits, relativement à la constitution et surtout aux propriétés mal définies des matières albuminoïdes. Ils montrent que la glo-

buline peut être comparée à la protéine de Mulder, et qu'elle semble être le point de départ d'où les diverses substances albuminoïdes dérivent.

M. DUVAL.

On the relations existing between the specific gravities of albuminous liquids and the development and growth of bacteria therein (Des rapports qui existent entre le poids spécifique des liquides albumineux et le développement et l'accroissement des bactéries à leur intérieur), par W.-Ainslie HOLLIS. (*Brit. med. journ.*, 6 *sept.* 1873.)

L'auteur conclut de nombreuses expériences que les liquides albumineux qui ont un poids spécifique de 1040 et au-dessus sont moins propres au développement des bactéries pendant leur décomposition que ceux dont le poids spécifique est plus léger. Les liquides albumineux, dont le poids spécifique est de 1005 et au-dessous, favorisent cette formation au plus haut point.

A. GOUGUENHEIM.

Zur Bestimmung des Stickstoffgehalten der Eiweisstoffe (Sur le dosage de l'azote contenu dans les matières albuminoïdes, par Max MARCKER. (*Arch. f. d. gesammte Physiologie, t. VIII, p.* 195, 1873.)

Ueber die Bestimmung der Stickstoffs (Sur la détermination de l'azote, par S.-W. JOHNSON. (*Ann. d. Chemie und Pharm., t.* CLXIX, *p.* 69, 1873.)

Les méthodes qui servent au dosage de l'azote, dans les matières albuminoïdes ont été récemment soumises à un nouveau contrôle par Nowak et Selgen (*Revue des Sciences médicales,* t. II, p. 592). Il résulte de leurs recherches qu'on arrive à un résultat moins exact en déterminant l'azote d'après la quantité d'ammoniaque produite par l'action de la chaux sodée sur les matières organiques, suivant la méthode de Will et Warrentrapp, que par la mesure de l'azote en volume selon la méthode de M. Dumas.

Max Marcker a repris les mêmes expériences et en a tiré une conclusion opposée. Il a constaté que les différences entre les chiffres obtenus par les deux méthodes sont très-peu marquées, et que les analyses de Nowak et Selgen indiquent des nombres qui ne peuvent être regardés comme exacts.

E. W. Johnson, s'est assuré qu'il est avantageux de remplacer la chaux sodée dans la méthode de Will et Warrentrapp par un mélange de carbonate de sodium et de chaux éteinte.

E. HARDY.

Ueber die Proteinstoffe (Sur les éléments protéiques), par H. HLASIWETZ et HABERMANN. (*Annalen der Chemie und Pharm., t.* 169, *page* 150, 1873.)

Depuis quelque temps divers auteurs ont cherché à faire prévaloir l'idée que la production de l'acide glutammique n'avait lieu qu'en prenant pour

point de départ des substances végétales. D'après les auteurs, cette opinion n'est pas fondée. En chauffant pendant trois jours dans un appareil à reflux, 500 grammes de caséine complétement privée de graisse, avec un litre d'acide chlorhydrique, un litre d'eau et 375 grammes de chlorure de zinc cristallisé, ces chimistes ont obtenu un liquide dont ils ont retiré par des traitements convenables l'acide glutammique, l'acide aspartique, la leucine, la tyrosine, l'ammoniaque. E. HARDY.

Recherches sur l'urine pendant la lactation, par le Dr de SINÉTY. (*Soc. Biol.*, 17 *mai* 1873, *et Gaz. méd. de Paris, nos* 43.

Depuis que M. Blot, en 1856, a signalé la présence du sucre dans l'urine des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes, beaucoup de médecins se sont occupés de cette question et sont arrivés aux résultats les plus contradictoires.

Or, il résulte des recherches faites sur ce sujet par M. de Sinéty, que « l'on peut à volonté produire la glycosurie chez les nourrices en supprimant brusquement l'allaitement ; et, dans tous les cas où, par une cause quelconque, la dépense de la glande mammaire est entravée, on voit apraître le sucre dans l'urine.

« Quand, au contraire, la production et la dépense du lait s'équilibrent, le sucre disparaît de l'urine, et tout rentre dans l'état normal. »

Vers le 2e ou 3e jour après l'accouchement, au moment de la fièvre de lait, l'auteur a toujours trouvé du sucre dans l'urine, ce qui s'explique, puisque la sécrétion est abondante et que l'enfant ne consomme encore que peu de lait.

Un autre fait intéressant et qui n'a pas encore été signalé, c'est que, chez les nourrices, dans toutes les urines sucrées, on trouve au microscope de nombreuses granulations graisseuses insolubles dans l'acide acétique se colorant en brun noir par l'acide osmique.

Dans tous les cas observés pendant la gestation, il n'a pas constaté de sucre dans l'urine. HENRI HUCHARD.

Ueber abnorme Harnbestandtheile nach dem Genuss der Spargelsprösslinge (Des substances anormales qui se trouvent dans l'urine après l'usage des asperges), par le prof. HILGER. (*Sitzungsberichte der phys. med. societæt zu Erlangen*, 1873, *p.* 106.)

Des expériences faites sur lui-même ont démontré à l'auteur que l'asparagine n'était pas éliminée en nature et qu'elle se dédouble dans l'organisme en acide succinique et en ammoniaque, produits qui se retrouvent en assez grande quantité dans l'urine.

On y trouve en outre, après l'usage des asperges, de l'acide hippurique et de l'acide benzoïque. EXCHAQUET.

Ueber einen neuen Bestandtheil des Harnes (Sur un nouveau principe trouvé dans l'urine), par F. BAUMSTARK. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin, tome VII, p.* 883, 1873.)

Des recherches, entreprises pour étudier les transformations des substances aromatiques, ont amené l'auteur à découvrir un nouveau principe dans l'urine d'un chien qui prenait de l'acide benzoïque ; et des observations ultérieures lui ont permis de le trouver aussi dans l'urine ictérique et même l'urine normale. Pour l'extraire on mélange l'urine évaporée en consistance sirupeuse et encore chaude avec une grande quantité d'alcool absolu, on filtre, on évapore l'alcool, et, après avoir acidulé le résidu, on l'agite avec de l'éther pour enlever l'acide hippurique. La solution restante, neutralisée par l'ammoniaque, précipitée par l'acétate de plomb, filtrée et saturée d'acide sulfhydrique, puis filtrée de nouveau, fournit par l'évaporation de l'urée ainsi que d'autres cristaux qui sont insolubles quand on reprend le résidu par l'alcool.

Cette substance cristallise dans l'alcool bouillant en prismes blancs semblables à ceux de l'acide hippurique. Ces cristaux fondent à 250° ; chauffés plus fort, ils émettent des vapeurs inflammables, alcalines, bleuissant le tournesol comme l'éthylamine ; ils sont solubles dans l'eau bouillante, peu solubles dans l'eau froide et dans l'alcool, insolubles dans l'alcool absolu et dans l'éther.

Ce principe, qui renferme $C^3H^8Az^2O$, forme avec les acides des sels solubles, et ne se combine pas aux alcalis ; sa solution aqueuse est précipitée par le nitrate mercurique. Traité par l'acide nitreux il fournit de l'acide sarkolactique ; soumis à l'ébullition avec une solution de baryte il abandonne la moitié de son azote à l'état d'ammoniaque, le reste sans doute à l'état d'éthylamine ; en même temps il se précipite du carbonate de baryum. L'auteur assigne à ce principe nouveau la formule

$$AzH^2\text{-}CO\text{-}C^2H^4\text{-}AzH^2.$$

E. HARDY.

Sur une coloration particulière que prend l'urine après l'administration du séné et de la rhubarbe, par M. GUBLER. (*Soc. thérap.*, 3 *août* 1873, *et Gaz. méd. de Paris, n°* 44.)

Après l'administration du séné, l'urine prend une coloration qui rappelle celle de la bile, mais on obtient avec la potasse une coloration pourpre que ne donne jamais l'urine ictérique. — L'infusion de séné donne elle-même cette coloration, mais d'une manière moins intense. — A la suite de l'administration de la rhubarbe, M. Gubler a obtenu avec la potasse la même coloration, mais moins intense. Celle-ci est probablement due à la présence de l'acide chrysophanique qui est commun à la rhubarbe et au séné.

D'après M. E. Hardy, cette coloration est plus sensible encore avec l'ammoniaque.

HENRI HUCHARD.

Quelques altérations de l'urine chez les saturnins, par M. BOUCHARD. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 13 *juillet* 1873.)

Pendant la période aiguë des accidents, quand les malades ne prennent pas d'aliments ou qu'ils vomissent, la quantité d'urine peut être considérablement diminuée, mais les proportions d'urée et de matières extractives sont beaucoup plus faibles que dans une même quantité d'urine normale. De plus, les matières colorantes sont 10 fois, 20 fois plus considérables qu'à l'état normal, ce qui provient vraisemblablement de la destruction rapide des globules sanguins. Enfin, l'action du plomb n'apporte pas d'obstacle à l'élimination de l'acide urique, que M. Bouchard n'a pu constater ni dans le sang, ni dans la sérosité des vésicatoires.

HENRI HUCHARD.

Cristallisation of nitrate of urea from urine (Cristallisation du nitrate d'urée dans l'urine), par J.-W. MOORE. (*The Dublin Journal, octobre.*)

D'après la plupart des auteurs, il est assez rare que l'on puisse obtenir des cristaux de nitrate d'urée dans l'urine sans la concentrer. Après avoir fait l'examen de 280 spécimens d'urine, Moore admet que ce phénomène est, au contraire, assez fréquent en *Irlande*. Il faut seulement trouver réunies les conditions suivantes :

L'urine doit avoir une densité de 1025 environ ; elle ne doit pas être sucrée, et si elle contient de l'albumine, il faut d'abord séparer celle-ci par la filtration après l'avoir précipitée par la chaleur. La température ambiante doit être de 50° F (10 centigr.) environ. Enfin, l'acide nitrique employé doit être pur, exempt d'acide azoteux, sufisamment concentré, et doit être versé en quantité à peu près égale à celle de l'urine.

A. S.

Harnsteine aus Cystine (Calcul de cystine), par Jules MÜLLER. (*Arch. d. pharm., III Bd, pp.* 308, *et Zeitschrift f. analytische Chemie, t. XII,* 1373.)

De petits calculs de cystine très-rugueux, depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à celle d'une fève, ont été analysés par J. Müller. Voici les chiffres trouvés : soufre, pour cent, 25,30, la formule de la cystine $C^6H^7S^2O^4$ demande 26.45.

A la réaction que Liebig exécuta avec une solution alcaline de plomb, Müller joint la suivante : On dissout un peu du calcul dans une petite quantité d'une solution alcaline ; on étend la solution refroidie avec de l'eau ; on ajoute une solution de nitroprussiate alcalin, jusqu'à ce qu'il apparaisse une belle coloration violette.

E. HARDY.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Anleitung zur qualitativen chemischen Analyse (Leçons d'analyse chimique qualitative), par F. Beilstein. — Leipsig.

Chemie für Schulen (Chimie à l'usage des élèves), par U. Berthelt. Leipsig.

Sostituzione economica del bicromato di potassa al bisolfato di mercurio nella pila Marié-Davy (Substitution économique du bichromate de potasse au bisulfate de mercure dans la pile de Marié-Davy), par le Dr Dominique Mucci. (*Gaz. med. ital. lomb.*, 24 août 1872. (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, juillet, fasc. 13e et 14e).

Beiträge zur Chemie der Knochen (Chimie du tissu osseux) par R. Maly et J. Donath. — Vienne.

Lehrbuch der Gährungs-Chemie (Fermentation), par A. Meyer.—Heidelberg.

Untersuchungen üb. den Einfluss der Temperatur auf die Entwickelung d. Penicillium glaucum (Recherches sur l'influence de la température sur le développement du —), par J. Wiesner. — Vienne.

Sur une méthode pour doser les gaz du sang chez l'homme, par R. Lépine. (*Soc. biol.*, séance du 22 février.)

Des urines au point de vue physiologique et pathologique, par Chr. Popescu Paschcano. (*Thèse de Paris*, A. Delahaye.)

Die Ausdehnungscoëfficienten des Harnes und der Galle (Les coefficients de dilatation de l'urine et de la bile), par G. Valentin. (*Zeitschrift für Biologie*, vol. IX, p. 41.)

Indican in the urine (De l'uroxanthine dans l'urine), par le Dr F. Laking. (*Saint-George's hospital Reports*, vol. VI, 1871-2, p. 97.)

Sur le dosage des sucres par la méthode de Barreswill, par M. Loiseau. (*Journal de pharm. et de chimie*, t. XVII, p. 42, et t. XVIII, p. 169.)

Ueber quantitative Bestimmung von Iod im Harne (De l'analyse quantitavive de l'iode dans l'urine), par le prof. v. Gorup. (*Sitzungsber. der phys. med. Societæt zu Erlangen*, p. 110.)

Contribution à l'étude de l'origine et de l'élimination de l'urée, par le Dr Rabuteau. (*Un. méd.*, no 107, p. 395.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

ANALYSES.

Nouvelles recherches sur l'inflammation.

I. **De l'inflammation et de la circulation, par le prof. M. SCHIFF, traduction de l'italien par le Dr R. GUICHARD de CHOISITY.** (*Br. in*-8°, 96 *p.*, *Paris*, 1873, *J.-B. Baillière et fils.*)

II. **Anatomie et physiologie cellulaires, par Ch. ROBIN.** (*In*-8°, 640 *p.*, *Paris*, 1873 , *J.-B. Baillière et fils.*)

III. **Neue Untersuchungen über die Entzündung (Nouvelles recherches sur l'inflammation), par Jul. COHNHEIM.** (*Br. in*-8°, 85 *p.*, *Berlin*, 1873.)

L'inflammation est le processus morbide le plus commun et peut-être le plus étudié. Cependant, il est encore incomplétement défini, mal délimité, et l'on émet chaque jour sur bien des points de son histoire des opinions différentes ou même tout à fait opposées. Les travaux dont nous avons déjà rendu compte l'année dernière, ceux que nous allons maintenant passer en revue, démontrent, d'une manière remarquable, ces divergences. Quoi d'étonnant, d'ailleurs ? Il n'y a pas de question simple en pathologie, et, malgré sa fréquence, l'inflammation est certainement une des plus complexes, une de celles qui soulèvent le plus grand nombre de questions accessoires se rattachant à la fois à l'anatomie, à la physiologie et à la clinique.

Tout d'abord, on chercherait en vain une bonne définition de l'inflammation. Il serait même difficile de donner du processus une idée à peu près exacte dans une de ces courtes descriptions qui, en pathologie, remplacent les définitions.

I. — Schiff pense que tout le monde s'accorde maintenant à voir dans l'inflammation une altération de la nutrition produite par un irritant, et il ajoute que si ce n'est pas là une définition (p. 26), c'est du moins une explication de ce que l'on veut dire par le mot *phlogose*.

Malheureusement, cette prétendue explication n'est pas nette. La plupart des lésions anatomiques procèdent d'une altération quelconque de la nutrition, et le premier terme de cette proposition pourrait s'appliquer tout aussi bien à la tuberculose, par exemple, qu'à la phlogose. Cependant, on pourrait encore comprendre ce que Schiff a voulu dire si le second terme délimitait nettement le pre-

mier en indiquant à quel genre d'altération de la nutrition se rattache la phlogose.

Aussi l'auteur cherche-t-il à préciser le sens du mot *irritant*.

« On qualifie d'agents irritants, dit-il, les moyens capables de modifier la nutrition ou la fonction d'un organe ; et, dans ce sens, tout ce qui altère d'une manière quelconque la nutrition ou la fonction d'une partie ou d'un organe serait un *irritant*, que par son action la fonction soit augmentée ou diminuée. »

Plus loin, il montre comment l'action de l'irritant « se résout toujours dans une *augmentation de l'action physiologique d'un organe*. »

L'inflammation serait donc ainsi une altération de la nutrition produite par l'augmentation de l'action physiologique d'un organe.

Évidemment, c'est là une notion fort incomplète, pour ne pas dire inexacte. Un pareil point de départ conduit l'auteur, qui passe rapidement en revue les divers phénomènes qu'on observe dans l'inflammation, à de nouvelles obscurités.

Ainsi, dans les tissus non vasculaires, l'action d'un irritant peut bien déterminer une perturbation de la nutrition ; mais alors ce n'est plus « ce qui cliniquement s'appelle une inflammation » (p. 33).

Toutefois, malgré ces hésitations, les leçons de Schiff indiquent bien, dans le problème à résoudre, le point de vue physiologique, et elles renferment un bon résumé des notions acquises dans ces dernières années. Les quelques lignes que nous citons textuellement montrent que si l'auteur n'a pas pu bien nettement délimiter le sujet, c'est qu'il a voulu rester dans des termes généraux comprenant tous les processus qui ont été rattachés à l'inflammation par les divers auteurs :

L'inflammation se compose d'une quantité de phénomènes d'irritation, et selon qu'on demandera, pour se faire une idée complète de l'inflammation, que l'irritation soit plus ou moins étendue aux différents constituants des tissus animaux, la définition de l'inflammation variera.

L'un pourra regarder comme une inflammation une altération irritative de la nutrition, qui peut n'influer en rien sur la circulation ; un autre regardera la participation de la circulation comme nécessaire, et refusera le nom d'inflammation à toute autre action qui ne comprendrait pas les vaisseaux.

Le progrès essentiel qui résulte des recherches modernes, c'est que nous pouvons comprendre, sous le même point de vue, toutes les altérations produites par un irritant.

Si un irritant agit sur un tissu non vascularisé, il augmentera les fonctions qui existent dans ce tissu; il produira une irritation nutritive et, avec elle, l'inflammation parenchymateuse de Virchow ; il pourra produire de la douleur quand l'organe possède des nerfs sensitifs. Lorsque le tissu est pourvu de vaisseaux, nous n'avons pas d'autre différence dans l'inflammation que son extension à ces vaisseaux ; mais, comme nous l'avons prouvé, et c'est là un point essentiel, l'irritation des vaisseaux peut produire leur dilatation et l'endo-suppuration, et par la dilatation des vaisseaux on a des effets mécaniques qui conduisent à la rougeur et au gonflement, et ce dernier peut encore augmenter la douleur et prendre la forme de l'œdème.

L'endo-suppuration conduit ensuite, par l'augmentation de perméabilité des vaisseaux, à la suppuration extra-vasculaire.

Ces quelques phrases contiennent toute la théorie de l'inflammation telle que l'auteur la comprend, en s'appuyant à la fois sur les recherches des autres et sur les siennes propres.

Il part du point de vue clinique, le seul qui ait donné la formule symptomatique de l'inflammation : *rubor, calor*, *tumor*, *dolor*, pour rejeter hors du cadre de l'inflammation l'irritation des tissus non vasculaires ; mais le professeur de Florence ne tient pas à cette distinction ; il établit, en résumé, que l'inflammation, quelles que soient les limites qu'on veuille lui imposer, reste toujours comparable aux altérations produites par un irritant.

II.—M. Robin, au contraire, dans un nouveau livre où il présente l'ensemble de ses travaux sur l'anatomie et la physiologie cellulaires, s'élève avec force contre les notions qui se rattachent aux irritants et à l'irritation.

Il pose d'abord en principe que les conditions de la vie sont « le maintien de l'état d'organisation dans les éléments anatomiques, les cellules, et le maintien de ceux-ci dans un milieu convenable »; que ces conditions seules permettent aux éléments de manifester leurs propriétés, qui seraient la *nutrilité*, l'*évolutilité*, la *reproductilité*, la *contractilité* et la *névrilité*. Or, comme, d'après lui, c'est à ces conditions d'existence et d'activité de la matière vivante qu'on a donné le nom d'*irritant*, il en conclut qu'une telle expression est illogique.

Le mot irritation ne pourrait s'appliquer à autre chose qu'à l'indication de quelque trouble ou excès des activités nerveuse ou musculaire. Pris dans une autre acception, il constituerait « l'introduction purement subjective et ontologique dans l'interprétation des phénomènes de la vie végétative d'une pure entité ; car l'irritation nerveuse ou musculaire, d'où dérivent toutes les autres conceptions de ce genre, ne sont, quoi qu'on fasse, aucunement différentes de la névrilité, d'une part, et de la contractilité, de l'autre. »

En d'autres mots, M. Robin soutient que l'irritabilité, l'irritation, les irritants, etc., sont des illusions, et que ces termes donnent une idée complétement fausse des phénomènes élémentaires en dehors desquels il n'y a rien, et « qui sont assez bien connus en eux-mêmes et dans leurs perturbations pour qu'il ne soit plus nécessaire de faire intervenir dans leur interprétation autre chose que les lois mêmes, aujourd'hui déterminées, de toutes leurs manifestations. »

Tous ceux qui, après Broussais et Virchow, se sont servi du mot irritation, seraient ainsi accusés d'avoir, « par cette nouvelle sorte de principe métaphysique, cherché à remplacer le *principe vital* des vitalistes purs ou l'âme immatérielle de Stahl et des animistes. »

Il nous est impossible d'accepter un tel reproche.

Les termes irritabilité et irritation n'ont pas, en effet, pour les auteurs qui les ont employés, la signification que M. Robin veut leur donner, et les leçons de Schiff nous en ont déjà fourni une preuve.

En résumant son argumentation, M. Robin dit : « Les expressions irritabilité et irritation nutritive plastique, formatrice des cellules, des fibres, etc., irritabilité ou irritation nerveuse et fonctionnelle, ne représentent qu'une conception ontologique, une entité, par laquelle on ajoute à la substance organisée une propriété qui lui manque ; à moins qu'on ne désigne par ces mots les propriétés même de nutrilité, d'évolutilité, de natalité, de contractilité et de névrilité ou la possibilité de leurs variations » (p. 624). Et plus loin il ajoute : « En fait donc, le mot *irritabilité* signifie un degré de suractivité de la névrilité dans telle ou telle partie du système nerveux ; mais ce terme ne désigne pas une propriété distincte, immanente à toutes les espèces d'éléments de l'organisme vivant ; le mot irritation n'a donc aucune valeur en dehors de son sens primitif, de l'irritation nerveuse exagérée, ou, en d'autres termes, il n'y a pas d'irritation sans encéphale. »

On le voit donc, parmi les propriétés que M. Robin accorde à la substance organisée, la névrilité seule pourrait présenter un certain degré de suractivité auquel conviendrait le mot irritabilité. Pourquoi cette distinction entre ce que M. Robin appelle les propriétés végétatives (nutrilité, etc.) et les propriétés dites animales (contractilité, névrilité) ; pourquoi les variations d'activité de ces dernières seraient-elles seules convenablement désignées sous le nom d'irritation ? M. Robin a omis de nous en donner les raisons et il nous paraît bien évident que les distinctions qu'il établit ici sont arbitraires. Mais, bien plus, n'est-il pas étonnant de voir M. Robin, si difficile pour les expressions employées par les autres, auxquels il reproche de se payer de mots, faire un étalage de termes nouveaux, tout à fait inacceptables ?

Qu'est-ce, par exemple, que la nutrilité ? « C'est, dit l'auteur, la propriété qu'a toute substance organisée, amorphe ou figurée, placée dans un milieu convenable, de présenter continuellement et sans se détruire un double acte de composition assimilatrice et de décomposition désassimilatrice simultanées. » Cela veut dire que la substance organisée a la propriété d'accomplir sa nutrition. Or, de tout temps la nutrition a été une fonction qui résulte d'un grand nombre de propriétés élémentaires et d'actes physico-chimiques. Admettre une propriété particulière qui, sous le nom de nutrilité, préside à l'évolution de ces phénomènes complexes (physico-chimiques) des cellules vivantes pour la faire concourir à un but, c'est-à-dire à l'acte de la nutrition, n'est-ce pas créer de toutes pièces une pure entité ?

Le même raisonnement est applicable à l'évolutilité et à la nata-

lité, nouvelles entités conçues encore par l'auteur. En vérité, comment M. Robin a-t-il pu croire qu'à l'aide de l'obscurité de ces conceptions ontologiques, de ces pures créations de l'esprit, il pourrait relever chez les autres des erreurs analogues à celles qu'il commet lui-même ?

C'est là en définitive une querelle de mots, et l'argumentation de M. Robin, en ce qui touche l'irritation inflammatoire, est stérile, parce qu'elle ne porte pas sur les faits observés et qu'il est impossible de ne pas s'apercevoir que la préoccupation des personnes y prend le pas sur l'intérêt scientifique.

Nous avons dû cependant suivre l'auteur sur le terrain où il s'est placé lui-même, et, de fait, il est important, dans le sujet qui nous occupe, de bien s'entendre sur ce que signifient les irritants et l'irritation.

Prenons un exemple. Enfonçons un clou, par exemple, dans un cartilage. Voilà un irritant qui certes n'a rien de commun avec les conditions d'existence et d'activité de la matière organisée. Ce corps étranger produira autour de lui, dans les cellules du cartilage, une altération dans la nutrition des éléments, altération qui se traduira anatomiquement par une modification dans leur nombre et leur arrangement. Dira-t-on qu'il a déterminé une suractivité de la nutrilité, de l'évolutilité et de la reproductilité des cellules de cartilage.

Évidemment les termes d'irritation cellulaire, de prolifération, valent encore mieux.

Il n'y a pas de confusion possible sur ce point. Schiff l'a bien compris, et M. Robin n'empêchera pas les physiologistes et les anatomistes de s'entendre malgré lui sur des expressions qui en réalité s'appliquent à des faits d'observation vulgaire.

— Parmi les différents processus qui ont été rangés sous le nom d'inflammation, il en est un surtout qui, de l'aveu général, représente, pour ainsi dire, le type de l'inflammation aiguë, c'est celui qui détermine la suppuration ; aussi est-ce lui qui a été le point de départ des recherches les plus nombreuses et qui a servi d'objectif à toutes les théories sur l'inflammation.

La facilité avec laquelle on peut le provoquer artificiellement chez les animaux permet de faire reposer ces théories sur l'expérimentation.

Dans ces dernières années, le point dont on s'est le plus préoccupé dans cette question est celui de l'origine du pus.

Il n'y a pas encore bien longtemps, qu'on faisait provenir les éléments de ce liquide de la prolifération des cellules préexistantes.

Les idées de Virchow sur cette question étaient acceptées par la plupart des auteurs, et la raison en est bien facile à comprendre. Lorsqu'on examinait un tissu enflammé et les produits qui en dérivaient, le fait anatomique le plus important, en laissant ici de côté les ma-

nifestations vasculaires, consistait dans les modifications des cellules du tissu malade et la multiplication considérable, apparente ou réelle, de ces éléments. On en concluait alors que cette prolifération donnait naissance aux éléments nouveaux, c'est-à-dire aux cellules de pus. On ne voyait pas directement les cellules anciennes multipliées fournir des globules blancs, le fait en lui-même échappait à toute constatation directe ; mais n'était-il pas naturel, pour la cornée par exemple, de soutenir que les globules de pus, produits dans la kératite, étaient fournis par les cellules cornéennes modifiées ? Rien n'indiquait encore à ce moment que les globules de pus pouvaient avoir une origine vasculaire.

Cependant, à une époque où ces notions avaient encore cours dans la science, A. Waller avait déjà annoncé que les globules de pus proviennent des globules blancs du sang et que, dans le phénomène de la suppuration, ces derniers passent à travers les parois vasculaires. Mais, malgré son importance, ce fait, qui n'était qu'indiqué et non décrit dans ses détails, était resté dans l'ombre, lorsque les expériences de Cohnheim vinrent de nouveau l'affirmer et attirer sur lui, d'une manière décisive, l'attention des observateurs.

Le passage des globules blancs du sang à travers les parois des vaisseaux dans la suppuration substituait à l'hypothèse de l'origine cellulaire du pus, hypothèse ne s'appuyant que sur l'induction, un fait pur et simple d'une observation facile.

Aussi, à partir de cette époque, la plupart des observateurs qui, sans parti pris, répétèrent les expériences de Cohnheim, ne tardèrent pas à se rendre à l'évidence.

L'origine hématique des globules de pus ainsi démontrée, la prolifération cellulaire, invoquée jusque-là, perdait du terrain, et il était naturel de la voir abandonnée par ceux qui se soucient plus de la vérité scientifique que des opinions qu'ils ont émises.

Aussi ne comprend-on pas que M. Robin puisse reprocher à des observateurs de bonne foi d'avoir, d'un moment à l'autre, changé d'opinion sur la suppuration, et paraître croire qu'il est préférable de rester toute sa vie dans l'erreur, pour avoir le mérite facile de ne jamais se contredire.

Le fait de l'émigration des globules blancs a été vérifié dans ces dernières années par un très-grand nombre d'observateurs, et les lecteurs de la *Revue* ont pu voir, par l'analyse des travaux les plus récents sur ce sujet, avec quels soins se poursuit ce travail de vérification. (Voir *Revue des Sciences médicales :* pour la cornée, Axel Key et Wallis, I, p. 93 ; Talma, I, p. 552 ; — pour le tissu cellulaire, M. Schede, I, p. 97 ; Flemming, I, p. 98.)

Cependant tous les observateurs ne se sont pas laissé convaincre, et, chaque jour encore, il se produit des travaux dans lesquels on fait provenir les cellules de pus des éléments préexistants. Toutefois, la plupart de ces recherches sont inspirées par Stricker ou

faites sous sa direction, et les auteurs n'y contestent pas toujours d'une manière formelle la diapédèse des globules blancs; ils cherchent seulement à en diminuer les conséquences. (V. *Rev. Sc. méd.* : pour la péricardite, S. H. Chapmann, I, p. 100; — pour la cornée, Purser, I, p. 550, v. Pfungen, I, p. 553.)

Quand on parcourt ces travaux, on voit que bien des fois la différence des résultats tient évidemment aux conditions particulières dans lesquelles les observateurs se sont placés.

Il ne faut pas oublier que l'inflammation n'est pas un processus simple, toujours et partout identique, invariable dans son évolution malgré les causes nombreuses qui peuvent lui donner naissance. Tout au contraire, les phénomènes nombreux qui constituent par leur ensemble cette évolution pathologique peuvent offrir dans leur enchaînement, leur intensité, etc., des variations qui dépendent du terrain soumis à l'étude et des nombreuses variétés d'actions qui peuvent agir ou que l'on peut faire agir sur lui. C'est ce qui fait qu'au point de vue clinique l'inflammation est une question si vaste, et qu'en anatomie pathologique elle se rattache à toutes les questions de doctrine et soulève les problèmes les plus difficiles à résoudre.

En se plaçant à un point de vue général, c'est-à-dire en considérant l'ensemble de tous les phénomènes élémentaires qui peuvent se rencontrer dans les processus inflammatoires, on doit reconnaître que la prolifération des éléments et l'émigration des globules blancs constituent deux faits d'une démonstration facile (dans certaines conditions), mais que les rapports entre la prolifération des éléments et l'apparition des globules de pus ne sont pas encore établis d'une manière définitive pour tous les cas.

Ainsi certains faits prouvent que la suppuration peut se faire sans participation aucune des éléments préexistants (suppuration du mésentère exposé à l'air), — que, dans le tissu qui suppure la prolifération des éléments est en raison inverse de l'abondance des globules de pus (voir le travail de Flemming); — mais, dans certains cas donnés, les éléments ne pourraient-ils pas produire eux-mêmes des globules de pus, comme certains auteurs le soutiennent à l'aide d'arguments sérieux, puisés dans l'étude de l'inflammation de la cornée et des cartilages?

Ainsi, dans un travail récent, dont il n'a pas encore été question dans la *Revue*, Heitzmann (*W. med. Jahrb.* 1872), en irritant le tissu cartilagineux, a vu et confirmé le fait de la formation des cellules du pus par la multiplication des éléments du cartilage, fait qui avait déjà été admis en France par MM. Cornil et Ranvier. Ce point cependant est difficile à décider, car on peut toujours se demander, dans ces circonstances, si les nouveaux éléments formés sont bien réellement des globules de pus, ou bien s'il n'y a pas eu une introduction dans les espaces occupés par les cellules proliférées du carti-

lage, de globules blancs provenant des parties vasculaires voisines.

Tant qu'on ne connaîtra pas d'une manière plus exacte l'origine physiologique des globules blancs, il sera impossible de se prononcer d'une manière décisive sur leurs divers modes de formation ou d'apparition pathologique. Jusqu'à présent l'origine qui me paraît être le mieux établie, celle qui, sans aucun doute, répond à la grande majorité des cas, c'est la diapédèse, l'émigration.

Les faits que nous venons de rappeler brièvement établissent l'existence de deux théories principales au sujet de l'inflammation suppurative. Ils montrent de plus, qu'à côté de ces deux opinions extrêmes, s'en est élevé une troisième qu'on pourrait appeler éclectique, et qui, suivant les circonstances, invoque l'une ou l'autre des deux autres.

Il nous reste encore à parler de la doctrine que M. Robin soutient, lui et ses élèves, doctrine qui est fondée sur la genèse des éléments anatomiques. (V. Feltz, *Sur le passage des leucocytes à travers les parois vasculaires. Journal d'an., et de phys.*, 1870-71; — J. Picot, *ibid.*; — Ch. Robin, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Leucocyte; — M. Duval, *Arch. de physiol.*, 1872.)

Malgré la netteté du phénomène du passage des éléments cellulaires à travers la paroi des vaisseaux, malgré l'évidence avec laquelle les éléments cellulaires se multiplient dans les tissus sous l'influence de certains genres d'irritation, M. Robin n'a pas changé de conviction : son siége est fait depuis longtemps. « La production des leucocytes dans l'inflammation, dit-il, est un fait de *genèse*, ou, pour être plus explicite : les globules blancs se produisent directement sans avoir été précédés d'autres cellules auxquelles on puisse les rattacher par voie de filiation substantielle directe. » Et la preuve d'un pareil phénomène qui renverse brutalement tout un ensemble de faits observés par un grand nombre d'expérimentateurs ? La preuve, c'est que M. Robin a vu cette genèse, qu'il l'a vue de ses propres yeux; toutefois il n'a pas été seul à la voir; on a déjà rendu compte ici d'un travail où le même fait est encore affirmé. (*Rev. Sc. méd.*, Feltz, t. II, p. 110.)

III. — La question de l'inflammation comporte encore d'autres problèmes que celle de l'origine des leucocytes, et le nouveau livre de Cohnheim nous amène à parler du mécanisme intime du processus, c'est-à-dire de l'enchaînement des phénomènes qui le constituent.

Dans ses premiers travaux, l'auteur expliqua l'issue des globules blancs par la contractilité de ces éléments, et il admit comme causes de la diapédèse des globules rouges l'augmentation de la pression du sang et l'élargissement des stomates. Préoccupé surtout du fait intéressant de l'émigration des éléments morphologiques du

sang, il attacha trop peu d'importance à l'étude des autres phénomènes qui l'accompagnent.

Les observateurs qui répétèrent de tous côtés les expériences de Cohnheim cherchèrent également à les interpréter et à en tirer le mécanisme de l'inflammation suppurative. Dans divers travaux de critique expérimentale, qu'il serait trop long de rappeler ici, j'ai relevé plusieurs des hypothèses inacceptables de l'auteur, et j'ai fait jouer aux troubles circulatoires un rôle très-important dans le mécanisme de la suppuration. (*Soc. de Biologie*, 1869, et br. A. Delahaye, 1870.)

D'autres auteurs ont également attiré l'attention sur des faits importants. R. Norris, entre autres, qui a entrepris des recherches si intéressantes sur les propriétés physiques des éléments cellulaires et en particulier des globules rouges, a remarqué que l'émigration des cellules ne se produit que lorsque les globules blancs deviennent adhérents et que cette adhérence est le premier signe de l'inflammation. D'après lui, la cause de la cohésion des corpuscules blancs à la paroi vasculaire serait liée à l'irritation directe des éléments des tissus. Sous l'influence de celle-ci, il se produirait un courant nutritif plus considérable, et il en résulterait l'adhérence des globules blancs. Les phénomènes inflammatoires évolueraient de la manière suivante :

1° Exsudation primitive (exagération du courant nutritif normal);

2° Stase des globules blancs (*white stasis*), et, lorsque, l'irritation est plus violente, les globules blancs deviendraient également cohérents, d'où stase rouge (*red stasis*). (*Trans. of the St Andrew's med. Graduate's Association*, 1871.)

Bien d'autres opinions ont encore été émises, mais nous avons hâte d'analyser le travail de Cohnheim, ce qui nous permettra d'ailleurs de citer encore les recherches de quelques autres observateurs.

L'auteur se préoccupe uniquement de trouver le point de départ de l'inflammation et il abandonne ses anciennes opinions, rappelées plus haut, comme ne répondant pas à l'observation des faits. Chemin faisant il critique certains auteurs dont les travaux sont arrivés à sa connaissance.

Hering et Schklarewsky ont assimilé la diapédèse à la filtration ente d'une substance coloïde à travers les pores des parois vascuaires, et regardé comme superflus les stomates des vaisseaux et la cantractilité spontanée des globules pour expliquer ce phénomène. Cette filtration se produirait, d'après eux, grâce aux changements de pression qui sont réalisés dans le cours de l'inflammation.

Cohnheim cherche à réfuter ces vues, peu différentes de celles que nous avons exprimées nous-même. Il s'appuie pour cela sur une expérience qui consiste à pincer le bord de la langue d'une

grenouille curarisée et disposée pour l'examen microscopique. On peut ainsi déterminer tous les phénomènes vasculaires de l'inflammation, et cependant aucun élément ne passe à travers les parois vasculaires.

L'opinion qu'il cherche à démontrer dans le présent travail attribue à l'altération de l'état physiologique des parois vasculaires les manifestations et les phénomènes dont l'ensemble est désigné sous le nom d'inflammation aiguë. C'est un retour vers une doctrine déjà ancienne et qui, dans ces derniers temps, a été défendue, surtout par Samuel (*Virch. Arch.* XL, p. 213; XLIII, p. 552, LI, p. 41-99, 178-208, LV, p. 380. — *Med. Centralblatt*, 1868; n° 26; 1869, n° 20, n° 25, n° 53; 1871, n° 20, n° 28, n° 44.)

Cet observateur, après avoir fait des expériences très-nombreuses et très-variées, particulièrement sur l'oreille du lapin, est arrivé, en effet, à placer la cause essentielle du processus inflammatoire dans une altération physique ou chimique de la paroi des vaisseaux ou du sang lui-même.

Mais Cohnheim fait observer qu'il n'a pu appuyer son opinion que sur des raisons plausibles et non péremptoires, parce qu'il ne s'est servi que de l'œil nu et de la loupe dans une question dont le microscope seul peut donner la solution.

Pour démontrer son opinion nouvelle, Cohnheim reprend l'étude de l'inflammation produite par divers procédés : cautérisation, frictions avec l'huile de croton, traumatisme de la cornée, refroidissement ou brûlure, exposition à l'air des organes internes.

Dans la description qu'il donne de ces divers modes d'inflammation, on trouve peu de faits nouveaux, et il nous suffira d'indiquer rapidement ceux auxquels il accorde une valeur particulière.

Dans la *cautérisation*, il attribue l'inflammation à l'action des caustiques sur les vaisseaux.

Il réfute l'opinion de Lovén, d'après laquelle l'élargissement des vaisseaux se ferait par action réflexe, et il voit la cause de ce phénomène dans l'action de la substance irritante sur les vaisseaux eux-mêmes. En effet, malgré la persistance de l'irritation, la dilatation cesse, ce qui ne pourrait s'expliquer, dit-il, dans l'hypothèse de Lovén que par un épuisement dans les nerfs sensibles, fait qui n'a pas été démontré jusqu'à présent. Ce qui prouve bien pour Cohnheim la nécessité d'une altération des parois vasculaires pour comprendre la diapédèse, c'est que dans le cas où l'on emploie le cautère actuel, les troubles vasculaires sont les mêmes, et que cependant il ne se produit pas d'émigration de cellules.

Dans l'inflammation due à l'action de l'huile de croton étudiée sur l'oreille du lapin, l'altération des vaisseaux serait encore la cause de l'extravasation, car celle-ci est d'autant plus rapide ou marquée que les vaisseaux sont atteints plus facilement. De plus, l'inflammation se produit après la section du sympathique cervical

comme sans cette section, et le même processus s'obtient également après la ligature en masse de l'oreille sur un bouchon, à la condition de respecter seulement l'artère et la veine auriculaires moyennes.

En étudiant la kératite traumatique, il fait observer qu'il y a toujours vascularisation et que celle-ci ne peut encore pas s'expliquer ici par action réflexe, puisqu'elle ne se produit pas immédiatement.

Dans les effets déterminés par le froid et la chaleur, l'auteur trouve encore des preuves à l'appui de sa théorie, et enfin en reprenant l'étude de l'inflammation due à l'exposition des organes à l'air, il repousse les explications antérieures pour s'en tenir à l'altération des parois vasculaires sous l'influence de l'air atmosphérique.

Mais cette altération des vaisseaux qu'il invoque constamment, en quoi consiste-t-elle? C'est ce qu'il n'a pas pu déterminer. Il avoue même qu'après le passage des globules blancs l'examen microscopique ne montre pas d'altération appréciable, fait que nous avons établi en 1869. Cependant, pour lui, cette altération est indubitable et l'expérience suivante l'établirait encore : On lie l'oreille d'un lapin après avoir isolé l'artère et la veine médianes, et l'on fait passer à plusieurs reprises dans ces vaisseaux une solution de sel marin de manière à priver l'organe de tout le sang qu'il renferme. On y injecte ensuite dans diverses expériences différentes substances (eau distillée, solution d'albumine d'œuf, sérum de chien acidifié avec de l'acide acétique ou contenant des traces d'ammoniaque, etc.)

Ces liquides traversent les artères et reviennent par les veines, et à l'aide d'un second lavage avec une solution de sel marin on entraîne toutes les particules étrangères qui auraient pu rester adhérentes aux parois des vaisseaux. La ligature est alors enlevée et il se produit une inflammation typique. Or, ici, on a agi sur les v isseaux, l'auteur n'ose pas dire exclusivement, mais tout particulièrement. Ce serait donc une preuve en faveur de son opinion. L'histoire de divers autres processus pathologiques dans lesquels on observe des troubles circulatoires fait encore ressortir ce qui appartient en propre dans la phlogose à l'altération de la paroi des vaisseaux.

Ainsi, après la section du grand sympathique, on observe de la rougeur, de la chaleur et de la douleur ; mais comme il ne se forme pas d'exsudation, la tuméfaction manque. Dans les obstructions et oblitérations veineuses, ce dernier symptôme existe, mais la température n'est pas augmentée et, dans le produit transsudé, l'examen microscopique ne montre que quelques rares globules blancs. De même encore, le gonflement de l'hydropisie cachectique n'a évidemment rien de commun avec celui de l'inflammation, il est le fait de la dycrasie. Mais à côté de ces cas où la transsudation tes

consécutive à des modifications dans la pression et dans la composition du sang, l'auteur en admet d'autres où l'altération des parois vasculaires produit à elle seule le même effet. Jusqu'à quel point cette altération peut-elle influer sur la nature du transsudat? c'est ce qu'il ne saurait encore préciser; toujours est-il, qu'arrivé à un certain degré d'intensité, elle aurait pour résultat le passage hors des vaisseaux non-seulement des parties liquides, mais encore des éléments solides.

Telle est la partie fondamentale de la nouvelle théorie de l'auteur, telles sont les principales considérations et expériences sur lesquelles il se fonde pour l'établir.

En terminant, il montre comment cette théorie explique facilement tous les phénomènes cliniques de l'inflammation et il repousse d'avance l'objection qu'on pourrait tirer du fait que toutes ses expériences ne déterminent que des lésions traumatiques.

D'après lui, le processus est toujours le même, quelles que soient les causes. Celles-ci agiront toutefois plus facilement lorsqu'il existe un état morbide antérieur des parois vasculaires, et c'est ainsi qu'on pourrait expliquer la tendance aux inflammations dans les albuminuries de longue durée.

Ce travail important tend donc à donner la preuve expérimentale d'une opinion qui est déjà ancienne, mais qui jusqu'à présent n'a pas encore reçu une complète démonstration.

Nous avouons que, malgré l'autorité de l'auteur, un grand nombre d'objections se sont présentées à notre esprit à la lecture de son travail; mais il serait impossible ici de reprendre la critique de chaque point discutable.

Disons seulement que l'altération des vaisseaux constitue un seul des éléments du processus inflammatoire et qu'il y a plus de raisons anatomiques, physiologiques et cliniques pour en faire un élément accessoire ou secondaire que pour le considérer comme le point de départ de tout le processus.

En se mettant au même point de vue que l'auteur, il est logique d'admettre que l'émigration des globules blancs nécessite toujours pour se produire un ensemble de conditions qui, à des degrés divers, doivent être réalisées dans toute suppuration. Mais avant d'accorder que l'altération des parois vasculaires est la seule et unique condition indispensable, on est en droit de demander à Cohnheim la preuve anatomique du fait qu'il avance et des expériences plus rigoureuses que celle de l'injection de substances irritantes dans les vaisseaux. G. H.

Contributions à l'anatomie pathologique de la dyssenterie chronique, par M. KELSCH, agrégé au Val-de-Grâce. (*Archives de physiologie, nos 4 et 5, 1873.*)

Pour cette étude l'auteur a disposé des pièces nécropsiques : 1° de deux soldats de l'infanterie de marine, morts au Val-de-Grâce, d'une diarrhée chronique contractée en Cochinchine ; 2° d'un militaire mort à Batna (province de Constantine), d'une dyssenterie chronique compliquée d'abcès du foie ; 3° d'un phthisique emporté par une diarrhée dysentérique subaiguë.

De ses recherches l'auteur conclut : 1° qu'il y a une distinction à établir entre la dyssenterie chronique et la diarrhée dyssentérique chronique des pays chauds. La dyssenterie chronique débute ou se trouve traversée par une période aiguë, et l'on trouve des lésions différentes répondant à l'état aigu et à l'état chronique. La diarrhée dysentérique chronique des pays chauds, n'ayant aucune phase aiguë, est caractérisée par une diarrhée muqueuse ou mucoso-bilieuse chronique se terminant par la mort ; les lésions sont uniformes et se confondent avec celles qui dans la forme précédente répondent à l'état chronique ; 2° les lésions histologiques de la diarrhée et de la dyssenterie chronique des pays chauds sont identiques à celles des formes correspondantes du climat de Paris ; 3° le processus de la dyssenterie aiguë est le même sous tous les climats et ne diffère pas au fond de celui de la dyssenterie et de la diarrhée chronique.

Chez les deux soldats de l'infanterie de marine morts au Val-de-Grâce d'une diarrhée chronique contractée en Cochinchine, et chez le phthisique emporté par une diarrhée dysentérique subaiguë, les lésions sont sensiblement les mêmes et caractérisées de la manière suivante :

A l'œil nu, la muqueuse est épaissie et n'offre pas de solution de continuité. Elle présente des petites tumeurs plus ou moins nombreuses remplies de mucus, ou bien elle est ramollie.

A l'examen microscopique, on trouve des altérations : 1° dans la couche muqueuse ; 2° dans la tunique fibreuse ou sous-muqueuse.

1° *Dans la couche muqueuse* il faut distinguer les altérations de la substance conjonctive fondamentale a) et celles des glandes b).

a) *Trame fibro-vasculaire fondamentale.* — Ce tissu est le siége d'une néo-formation très-active de tissu embryonnaire composé d'une trame fondamentale vaguement fibrillaire, de noyaux très-nombreux et de vaisseaux embryonnaires d'une admirable finesse ; c'est, on le voit, le tissu des granulations des plaies en suppuration. Ce tissu nouveau écarte les glandes, les comprime et

détermine leur atrophie et leur dilatation. La production plus abondante de ces éléments nouveaux vers la surface de la muqueuse amène l'oblitération de la portion supérieure des glandes de Liberkühn, et alors la partie inférieure se dilate et s'hypertrophie. Vers le rectum, le tissu embryonnaire devient tellement abondant qu'il se substitue presque complétement au tissu glandulaire.

b) *Altérations des glandes.* — Les glandes de Lieberkühn sont raréfiées, au point d'avoir complétement disparu de certaines parties. A leur place se trouve un tissu de granulations développé sur la tunique musculeuse sous-muqueuse intacte, ce qui prouve bien que ces bourgeons charnus ne se sont pas développés sur une perte de substance due à l'élimination de la muqueuse en masse. Dans les portions supérieures du côlon, les glandes sont moins altérées. Elles sont exhaussées, écartées, déplacées et atrophiées à leur partie supérieure, ou même oblitérées; alors le cul-de-sac glandulaire est gonflé par du mucus. La dilatation des glandes peut se faire sans qu'elles soient oblitérées, mais presque toujours alors elle est plus considérable dans la portion borgne du tube glandulaire. Plusieurs glandes dilatées peuvent se réunir et former une cavité commune avec des cloisons de séparation rudimentaire vers le fond; presque toujours dans ces cas le kyste s'est ouvert du côté de la surface et le mucus s'est effusé dans le tissu embryonnaire. L'épithélium ne présente que peu d'altérations dans les glandes atrophiées ou dilatées. Dans les glandes atrophiées, il est généralement détaché en bloc de la membrane endothéliale sous-jacente et forme un cylindre ratatiné, libre presque de toutes parts et constitué par un épithélium cylindrique, sans mélange de cellules en calice (d'où absence du mucus). L'auteur ne note pas de transformation graisseuse de cet épithélium. Dans les cavités kystiques le revêtement est presque exclusivement composé de cellules caliciformes colossales.

2° *Dans la tunique sous-muqueuse,* l'altération folliculaire est surtout importante. Presque tous les follicules sont malades. Au début, ils s'hypertrophient, mais le plus souvent ils sont remplis ou remplacés par des glandes en tubes énormément dilatées qui se sont substituées à leur tissu. Jamais on ne trouve une cavité folliculaire vide. Les quatre ou cinq culs-de-sac glandulaires dilatées, qui remplissent le follicule, se réunissent souvent en une seule cavité pleine de mucus communiquant à l'extérieur par une sorte de trajet évasé.

Outre l'altération des follicules, la tunique sous-muqueuse renferme des vaisseaux sanguins à parois hypertrophiées, des vaisseaux lymphatiques avec un endothélium gonflé, des noyaux libres et des cellules à un ou plusieurs noyaux discrètement répandus dans l'épaisseur de la couche celluleuse et au contraire plus con-

fluents vers la muqueuse, au niveau de cette partie que Dœllinger appelait la couche vasculaire.

Enfin le tissu sous-séreux est infiltré d'éléments semblables.

La substitution des glandes en tubes dilatées au tissu propre des follicules n'a encore été signalée que par M. Cornil et par l'auteur dans des communications faites à la société de Biologie (1873). Comment s'opère-t-elle?

Il suffit d'émettre, pour la repousser de suite, l'idée qu'il s'agit d'un travail de réparation consécutif à l'élimination du follicule ramolli ; la présence de cellules épithéliales cupuliformes ne s'est jamais rencontrée dans un cas semblable. Mais il est difficile de décider si les glandes pénètrent dans le follicule ramolli ou si celui-ci se vidant au dehors, il y a simplement effondrement de la muqueuse à ce niveau. Cette dernière hypothèse semble bien en rapport avec les dépressions rencontrées par Colin dans le service de Louis (*Arch. de médecine*, 1848, IVe série, t. XVI, 432), lorsqu'au lieu de boutons (folliculaires), il vit sur la surface de l'intestin des dépressions larges de un demi-centimètre à deux centimètres et demi, circonscrites par un bourrelet un peu élevé et dur. En soufflant sur cette muqueuse déprimée, elle était soulevée par le courant d'air et formait une ampoule percée d'un trou à son centre. Ici il s'agit évidemment d'un effondrement, mais dans d'autres cas l'auteur croit plus rationnel de rattacher les phénomènes par lui observés à un envahissement du follicule ramolli par la dilatation et l'extension progressive des tubes glandulaires.

A ce propos, M. Kelsch montre que Bamberger est tombé dans l'erreur en attribuant à la sécrétion des follicules la production d'un liquide muqueux qui ne peut provenir que des glandes de Lieberkühn. Les follicules vitreux rencontrés par Bamberger ne sont que les dilatations des tubes glandulaires ayant pris la place des follicules.

En résumé, les lésions histologiques de la diarrhée dysentérique chronique peuvent se résumer ainsi :

1° Formation de tissu embryonnaire, de bourgeons charnus entre les glandes de Lieberkühn, donnant à la surface l'aspect d'une plaie granulée ;

2° Déformation, dilatation simple ou kystique, et enfin atrophie et disparition des tubes de Lieberkühn. L'épithélium de ces glandes ne participe en rien au processus ;

3° Épaisissement de la celluleuse, par production d'éléments nouveaux, rares dans son épaisseur, abondants sous la tunique musculeuse sous-muqueuse ;

4° Hypertrophie, élimination du tissu folliculaire et substitution à ce tissu, de glandes en tubes énormément dilatées et revêtues partout d'épithélium cupuliforme. C'est de ces glandes et non des follicules que sort le mucus.

Dans la seconde partie de ce travail conciencieux et précis, l'auteur compare la diarrhée chronique, la dyssenterie aiguë et la dyssenterie chronique. Pour la comparaison de la diarrhée chronique et de la dyssenterie aiguë, l'auteur se sert des données anatomiques dues à Baly et à M. Charcot. Il ne s'agirait que d'une différence dans l'intensité du processus pathologique. Dans la forme chronique, la circulation continue non-seulement dans les vaisseaux anciens, mais encore se fait dans des vaisseaux de nouvelle formation, mais uniquement au profit du tissu embryonnaire. Dans la forme aiguë, l'altération est identique dans son siége et sa nature, seulement les vaisseaux, et en particulier ceux de la couche vasculaire de Dœllinger, périssent promptement au milieu du tissu morbide, et la muqueuse, privée de suc nourricier, se sphacèle et donne ainsi lieu à de vastes ulcérations.

Ce rapprochement entre la diarrhée dysentérique, chronique d'emblée, et la dyssenterie aiguë se trouve confirmé par l'étude de deux cas de dyssenterie chronique, dans lesquels on retrouve les lésions de la période aiguë et de la période chronique.

Ces altérations sont les mêmes chez des sujets atteints dans des points très-différents du globe.

Ces lésions ne sont pas spécifiques. Elles se rencontrent dans d'autres affections, dans le catarrhe intestinal des enfants (Vogel), dans la diarrhée des enfants (Legendre) et dans la colite des enfants sans dyssenterie (Rilliet et Barthez).

M. Kelsch partage les opinions précédemment émises par MM. Charcot et Vallin, et d'après lesquelles les affections réunies sous le nom de dyssenterie seraient distinctes au point de vue de la nosographie étiologique et devraient être divisées en :

A). *Dyssenterie d'origine miasmatique* (maladie générale à cause spécifique).

B). *Dyssenterie produite par des causes locales* (influence de la température, action des selles durcies ou décomposées, dyssenterie urémique, abus des fruits, etc.).

Beaucoup de praticiens ne voient comme cause de la dyssenterie d'origine miasmatique que la malaria. Cette opinion ne se trouve pas confirmée par la Géographie médicale. Il est même fréquent de rencontrer une sorte d'antagonisme entre la dyssenterie et les fièvres palustres. La malaria n'est donc pas la cause de la dyssenterie infectieuse. Il semble plutôt que le poison qui engendre la dyssenterie soit d'origine animale. A l'appui de cette opinion on peut invoquer les diarrhées d'amphithéâtre, la diarrhée septicopyémique, les ulcérations intestinales produites par l'injection dans le sang de matières putrides (Richardson), et surtout les nombreuses épidémies de dyssenterie qui ont pris naissance en dehors des conditions endémiques des pays chauds, dans les camps, dans les villes as-

siégées, infectées par les déjections humaines et des détritus animaux et végétaux de toutes sortes.

Voilà le résumé de ce long travail, dont la précision garantit l'exactitude. Trois planches lithographiées y sont jointes et en facilitent la lecture. A. JOFFROY.

Contribution à l'anatomie pathologique de la dyssenterie aiguë, par M. KELSCH, prof. agrégé au Val-de-Grâce. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n*° 6.)

Dans deux articles précédemment publiés dans le même journal, l'auteur a fait connaître ses recherches sur l'histologie pathologique de la dyssenterie chronique et de la diarrhée chronique des pays chauds. Aujourd'hui il fait les mêmes recherches, sur des pièces provenant d'un artilleur mort à Versailles d'une dyssenterie aiguë ayant duré vingt-trois jours. Les selles ont renfermé successivement du sang, des glaires, des matières floconneuses et enfin des détritus brunâtres. A l'autopsie on remarque dans l'estomac un épaississement et un pointillé ecchymotique de la muqueuse et dans l'intestin grêle une injection très-vive des vaisseaux. Le gros intestin renferme une matière semblable à la sauce tomate. La muqueuse est altérée dans toute sa longueur, sauf une partie s'étendant depuis le milieu du côlon transverse jusqu'à 30 centimètres environ de l'anus. Les portions altérées sont rosées, unies et supportent de petits îlols, sans consistance, d'un rouge plus foncé. A l'œil nu il ne semblerait pas qu'il y ait d'ulcération.

Membrane muqueuse.—L'examen histologique démontre que les petits îlots dont on vient de parler sont constitués par des glandes de Lieberkühn déviées, déformées, atrophiées, étranglées, dilatées, toutes munies de leur épithélium soit cylindrique soit cupuliforme, et toutes gorgées de mucus. Les vaisseaux interglandulaires sont énormément dilatés, et leurs branches les plus faibles sont dépourvues de parois propres. Cependant ce développement énorme des vaisseaux ne représente rien qui ressemble à ce que Thierfelder a figuré dans son atlas. En dehors des vaisseaux on trouve un grand nombre de globules de pus, se continuant en bas avec ceux que nous allons voir dans la couche de Dœllinger et en haut avec le mucus qui recouvre la muqueuse privée de son épithèlium, lequel tombe sans doute complétement pendant la vie, le fait est qu'on en retrouve les éléments dans les produits muco-sanglants du début de la dyssenterie.

Les épaississements et les mamelonnements que l'on trouve à la surface de la muqueuse sont dus à des altérations siégeant non pas tant dans la muqueuse que dans la celluleuse.

Membrane celluleuse. — C'est elle qui forme la plus grande

partie de la surface malade. Elle est épaissie au point d'avoir triplé de dimension. Les faisceaux de tissu conjonctif sont tuméfiés et les vaisseaux sont distendus; enfin il y a des néoformations cellulaires. On trouve en outre des vaisseaux embryonnaires dans la couche de Dœllinger. Les lymphatiques, comme dans la dyssenterie chronique, sont oblitérés par de grosses cellules à un noyau, provenant sans doute de l'endothélium.

Dans la couche profonde de la celluleuse on voit des éléments nucléaires et cellulaires en assez grand nombre, qui deviennent plus abondants en se rapprochant de la couche de Dœllinger, qui est constituée par une véritable nappe purulente sillonnée par des vaisseaux embryonnaires gorgés de sang et des lymphatiques oblitérés. Là où la muqueuse n'est pas tombée, le pus se continue directement avec l'infiltration purulente qui existe entre les glandes de Lieberkühn. La musculeuse a complétement disparu.

L'irrégularité dans la distribution des lésions de la celluleuse donne lieu au mamelonnement, qui n'est que fort peu marqué dans la dyssenterie légère.

Quant aux follicules clos, on n'a pu en retrouver que des vestiges douteux : il est probable qu'ils disparaissent par suppuration ; d'autres fois ils disparaissent sans doute par mortification du tissu environnant, ce qui donne lieu à de petits ulcères taillés à pic, faits comme à l'emporte-pièce et qui deviennent le point de départ de l'ulcération de la muqueuse. Ici encore, l'auteur revient sur ce point que jamais les follicules ne peuvent produire de mucus, comme le pensent Colin, Bamberger, etc.

L'auteur n'a pas observé l'ulcération de la celluleuse dénudée, mais c'est là un fait incontestable et sur lequel ont en particulier insisté Charcot et Baly.

En résumé, on voit que dans la dyssenterie aiguë, le processus consiste essentiellement dans la suppuration de la couche vasculaire de Dœllinger, dont les vaisseaux sont tous ramenés à l'état embryonnaire, avec ralentissement et même arrêt du sang. La muqueuse, privée de ses moyens d'union et de nutrition, est alors détachée et expulsée sous forme de lambeaux plus ou moins étendus. C'est le mécanisme déjà indiqué par MM. Charcot, Cambay et Baly.

M. Kelsch termine cette première partie de son travail, en protestant contre l'assertion des médecins (Chomel, Bayle, Fournier et Vaidy), qui ont soutenu que les ulcérations étaient rares dans la dyssenterie aiguë, ce qui tient sans doute à l'absence d'examen microscopique sans lequel cette erreur est facile.

Quelques mots sur l'Iléum dans la dyssenterie aiguë et chronique. — L'auteur ne veut pas parler ici des lésions grossières que l'on rencontre parfois dans l'intestin grêle, mais seulement de celles que l'on ne voit qu'au microscope. Dans le cas actuel, les glandes

de Lieberkühn, ou plutôt leur cul-de-sac, qui seul persistait, étaient clair-sémés, au milieu d'un tissu embryonnaire très-abondant qui avait aussi envahi les papilles. Les follicules clos et agminés n'étaient pas altérés. Dans ce cas, l'iléum seul a été examiné ; mais dans plusieurs cas de dysenterie chronique, M. Kelsch a retrouvé cette altération dans toute la longueur de l'intestin grêle. De là, sans doute, les troubles profonds de la nutrition et le marasme dans lequel tombent les sujets atteints de dysenterie chronique et l'absence de lésions de l'intestin autres que des cicatrices. Cette altération de l'intestin grêle serait beaucoup plus importante au point de vue de l'absorption des matières alimentaires que les lésions du gros intestin. Telle serait l'origine de la diarrhée lientérique que l'on observe dans ces cas.

Néphrite chez les dyssentériques. — On sait que Treitz, étudiant les lésions dysentériques de l'urémie, en est arrivé à regarder la dyssenterie comme une conséquence d'une néphrite produite par le froid. Zimmermann a combattu l'assertion de Treitz, et démontré qu'au début de la dyssenterie les reins n'étaient pas lésés, en général du moins ; toutefois il reconnaît que consécutivement il n'est pas rare de rencontrer une néphrite fibrineuse.

Dans le cas étudié par M. Kelsch, les reins n'étaient pas altérés.

Des selles dyssentériques. — Chaque période du mal donne lieu à des selles caractéristiques ; au début, on trouve du sang, des cellules épithéliales, des corpuscules de mucus, et un grand nombre d'infusoires mobiles. Les corpuscules rouges du sang sont crénelés, et M. Kelsch pense, comme MM. Coze et Feltz, que ce sont là des organismes ferments implantés sur les hématies.—Dans la seconde période, se trouvent des pellicules ou des lambeaux, considérés pendant longtemps comme des fausses membranes. Ce sont, en réalité, des morceaux de muqueuse renfermant des tubes libres ou des séries de tubes lieberkuhniens. — Dans une troisième période, lorsque la mort n'est pas survenue, on ne trouve plus ni mucus, ni débris de muqueuse, mais une sanie purulente, diversement colorée par du sang plus ou moins altéré.

Conclusions. — Des deux mémoires de M. Kelsch il résulte que la diarrhée chronique, endémique des pays chauds, est liée à une inflammation chronique, caractérisée par une production de tissu embryonnaire, et portant spécialement sur la muqueuse et sur la couche vasculaire de Dœllinger. Ici, il n'y a pas d'ulcération, ce qui explique le résultat négatif de nombreuses autopsies.

Dans la dyssenterie aiguë, les lésions portent encore spécialement sur la couche vasculaire de Dœllinger, mais alors elles aboutissent rapidement à la formation d'une nappe purulente qui amène l'isolement, la mortification et la chute de la muqueuse.

Dans la dyssenterie chronique, on trouve ici les lésions de la dyssenterie aiguë, et là les lésions de la diarrhée chronique.

L'auteur termine en repoussant complétement l'idée de la diphthérite, émise par M. Virchow en 1847 et répétée par MM. Rokitansky, Fœrster, Klebs, Bamberger, etc. Il signale également l'erreur singulière dans laquelle est tombée M. Virchow, émettant cette proposition inattendue, que « sans rétention de matière fécale, il ne saurait se produire une vraie dyssenterie. » (*Krieg's Typhus und Ruhr. Arch. f. path. An.* t. LII, p. 1). C'est donc dans les travaux de Gély, Thomas, Colin, Charcot, Cambay, Catteloup, Haspel, etc., que doit être puisée l'histoire de la dyssenterie, et non pas dans les publications allemandes. A. JOFFROY.

Bitrage tot de theorie der reflexparaljse (Note sur la théorie de la paralysie réflexe), par le Dr G.-H. ROESSINGH. (*Journal de méd., livr. d'octobre, p.* 533.)

Parmi les paralysies des nerfs moteurs, on en distingue une à laquelle on a donné le nom de paralysie réflexe, parce qu'on croit qu'elle a pour cause une irritation morbide des nerfs sensibles. Dans la plupart des cas en question, un examen anatomique rigoureux a toujours su trouver des altérations pathologiques, soit dans les centres nerveux, soit dans le parcours du nerf correspondant aux parties paralysées, de sorte que le nom de paralysie réflexe ne lui était pas applicable. Pour quelques cas cependant, même après les recherches les plus consciencieuses, on était dans l'impossibilité d'expliquer la paralysie par un changement histologique ; on a donc tâché de remonter à la source du mal par une autre voie, en démontrant que la paralysie en question peut être produite par une irritation des nerfs sensibles seuls, et qu'une telle irritation peut causer une inflammation de la moelle épinière sans qu'il soit nécessaire qu'on en retrouve les traces sur le trajet du nerf. Il est évident ainsi, que la cause de la paralysie doit être cherchée dans l'irritation primitive du nerf sensible.

R..., avec la collaboration du professeur Rosenstein a repris les expérimentations de Lewisson et de Feinberg, à cause de leur importance pour la pathologie ; mais comme leurs résultats diffèrent totalement de ceux obtenus par leurs prédécesseurs, ils se croient obligés de les publier.

L'auteur expose d'abord les résultats de ses expériences faites suivant la méthode de Lewisson. Celui-ci avait toujours observé une paralysie consécutive en contondant et en comprimant divers organes chez le lapin et la grenouille. Dans la plupart des cas les extrémités postérieures étaient atteintes, d'où il concluait avoir affaire à une véritable paralysie réflexe. — Sur neuf expériences, dont nous passons les détails, faites sur des lapins et des grenouilles R.., ne vit pas une seule fois cette prétendue paralysie.

Il fit alors une nouvelle série d'expériences selon la méthode de

Feinberg. Celui-ci cautérisait le nerf sciatique de lapins et constatait que ces animaux mouraient avec une paralysie des extrémités postérieures, de l'incontinence, des crampes, de l'apathie, etc. Comme cause de ces symptômes, il trouvait à l'autopsie une myélite, surtout dans la substance grise, et un peu moins dans la substance blanche. — Aucun des animaux dont R... soumit les nerfs sciatiques à l'influence de différents agents caustiques, tel que l'hydrate potassique, l'acide azotique, le fer rouge, ne furent atteints de la moindre trace de paralysie réflexe. A l'examen microscopique on ne remarquait aucune lésion ni du cerveau, ni du cervelet, ni de la moelle épinière ; et de même, à l'examen microscopique le plus exact, les différentes coupes de la moelle épinière, préparées au bichromate de potasse et comparées aux coupes provenant d'animaux complètement sains, furent trouvées parfaitement saines.

MOLL.

Klinisches und Experimentelles zur Pathologie der Kleinhirnschenkel (Étude clinique et expérimentale sur la pathologie des pédoncules cérébelleux), par CURSCHMANN. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

L'auteur a obtenu, par la section des pédoncules cérébelleux, des résultats différents de ceux qui avaient été observés jusqu'ici; la plupart de ses expériences ont été faites sur des lapins, quelques-unes sur des chiens ou des chevaux. Pour être sûr de faire porter la lésion exclusivement sur ces pédoncules, il enlevait à droite ou à gauche une portion de l'occipital et mettait ainsi à découvert le bulbe, la partie postérieure de l'hémisphère cérébelleux correspondant et la face latérale du vermis ; il trouvait entre le vermis et l'hémisphère le tubercule acoustique, et immédiatement au devant, les pédoncules. Chaque fois qu'il a pu pratiquer cette opération sans léser les parties voisines, il a vu l'animal s'agiter convulsivement, tomber sur le côté correspondant à la lésion et rester dans cette attitude jusqu'au moment de la mort ; essayait-on de le coucher sur le ventre ou sur l'autre côté, il tournait sur lui-même dès qu'on cessait de le maintenir et il reprenait sa première attitude. Ces mouvements de rotation ne se sont jamais produits que dans cette circonstance, ils étaient complétement subordonnés à la tendance que présentait l'animal à se coucher sur le côté opéré; l'on ne peut donc admettre, avec la plupart des auteurs, que la lésion des pédoncules cérébelleux donne lieu à des mouvements de rotation ; jamais non plus, d'après Curschmann, elle ne serait suivie de cette déviation des yeux que plusieurs physiologistes ont considérée comme un de ses effets constants. La section a porté, dans ces expériences, tantôt sur les trois pédoncules d'un même côté, tantôt sur le tronc commun que forment à leur origine les pédoncules antérieur et postérieur ; l'auteur n'a

pu parvenir à retrouver isolément le pédoncule moyen. Les résultats de l'opération ont été à peu près les mêmes dans tous les cas où les pédoncules ont été seuls intéressés; mais chaque fois que les hémisphères cérébelleux ou la protubérance ont été atteints, on a vu survenir des mouvements de rotation en même temps que les yeux se déviaient, l'un en bas et en avant, l'autre en haut et en arrière. Les effets attribués jusqu'ici par les physiologistes à la section des pédoncules cérébelleux doivent donc être rapportés aux lésions que subissaient en même temps les parties voisines.

Curschmann a pu mettre à profit ces données physiologiques dans l'étude clinique du fait suivant :

La nommée X., âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital le 10 juin 1869 : elle présente les symptômes d'une tuberculose avancée; elle se plaint en outre de vertiges, d'une douleur vive au sommet de la tête; elle vomit fréquemment. Le 12 juin elle a du délire et un peu de fièvre; le 13 juin, on observe de légers mouvements convulsifs dans les membres, la malade est dans un état semi-comateux; le 16 juin, on remarque qu'elle reste couchée constamment sur le côté droit; si on la place sur le dos, elle reprend, dès qu'on cesse de la maintenir, sa première attitude en tournant sur elle-même de gauche à droite; elle se comporte donc exactement comme l'animal chez lequel on a sectionné les pédoncules cérébelleux. Il n'y a pas de paralysie des membres; les yeux ne sont pas déviés.

On trouve à l'autopsie les lésions qui caractérisent la méningite tuberculeuse; on remarque en outre, à droite, dans le faisceau commun que forment à leur origine les pédoncules cérébelleux antérieur et postérieur, un foyer de ramollissement. H. HALLOPEAU.

Histologische und experimentelle Studien über die Tuberculose (Études histologiques et expérimentales sur la tuberculose), par le Dr Theodor HERING, de Varsovie. (*Berlin*, 1873.)

Ce travail se compose de deux parties : l'une comprenant dix séries d'expériences sur les animaux, et l'autre, l'examen des tubercules dans les différentes parties du corps humain. La production artificielle du néoplasme fut tentée de plusieurs manières différentes : l'alimentation, l'injection sous-cutanée, l'introduction par une plaie de la matière tuberculeuse, l'introduction de substances diverses, telles que papier, ouate, etc.

Quatre-vingt deux expériences faites dans ce sens donnèrent les résultats suivants :

Altérations	des poumons	7 fois.
—	du foie	3 —
—	de la rate	2 —
—	de l'intestin	3 —
—	du péritoine	2 —
—	des ganglions lymphatiques	13 —
—	de la plaie	34 —

Mais, par rapport au tubercule véritable, l'auteur ne compte que

dix succès sur le total des expériences. La durée de l'incubation variait de un à six mois.

Après avoir examiné au microscope tous les produits pathologiques observés, Hering se croit en droit d'admettre les conclusions suivantes :

1° La tuberculose peut être provoquée sous forme d'affection générale par l'inoculation sur les lapins et les cobayes.

2° Il suffit, à cet effet, de provoquer, en n'importe quel point, la formation d'un abcès caséeux.

3° Il n'est pas nécessaire que la matière injectée soit tuberculeuse ; l'affection n'étant pas spécifique.

4° Le pus tuberculeux possède une action tout à fait analogue au pus caséeux du lapin.

5° Les altérations produites par l'inoculation sont en majeure partié, de nature inflammatoire ; elles peuvent être circonscrites ou diffuses. Elles présentent, le plus souvent, une tendance à la dégénérescence caséeuse ou putride.

6° Ce que l'on prend pour une tuberculose pulmonaire chez les animaux soumis à l'expérience, consiste dans une pneumonie lobulaire circonscrite, qui peut se terminer par la guérison.

7° Les altérations qui se présentent sous forme de tubercules du foie peuvent être produites soit par l'hyperplasie des cellules hépatiques, soit par la prolifération de l'épithélium des conduits biliaires ou de la membrane adventice de la veine centrale. La partie fondamentale de leur structure provient du tissu hépatique.

8° Les nodosités que l'on trouve à l'endroit inoculé sont de nature inflammatoire (petits abcès dus à l'injection sous-cutanée).

9° Les résultats positifs de l'inoculation chez le lapin et le cobaye sont bien plus rares que ceux que l'on admet ordinairement, lorsqu'on les soumet à un examen sèrieux.

10° Il est impossible d'établir une loi fixe pour la production artificielle des tubercules. En examinant les tubercules qui ont été produits dans le foie, on constate que dans la tuberculose artificielle, tous les tissus peuvent contribuer à la formation des nodosités, probablement par suite de l'infection.

11° On ne peut donc indiquer comme signe caractéristique de cette tuberculose que la forme arrondie des nodosités et leur apparition simultanée dans les organes les plus divers.

La seconde partie de l'ouvrage contient l'examen histologique du tubercule, suivant les différents organes dans lesquels on le constate chez l'hommme.

Il résulte de cet examen que l'on peut admettre deux variétés de tubercules : le *tubercule endothélial*, qui a son point de départ bien net sur la paroi des vaisseaux, et le *tubercule réticulé* contenant des cellules que l'on considère souvent comme spécifiques et qui, pour l'auteur, seraient dues simplement à un degré d'altération

plus avancé des vaisseaux lymphatiques. Cette opinion se rapproche de celle de M. Grancher (Voy. *Rev. Sc. med.* t. I, p. 619) ; comme lui, Hering considère la tuberculose et les produits caséeux comme une seule maladie se présentant sous des formes et dans des organes divers, et ne pouvant être nettement déterminée que par un ensemble de caractères.

A ce travail sont annexées six planches lithographiées représentant les divers aspects des tubercules, suivant les procédés de production artificielle et suivant les organes dans lesquels on les a trouvé. KLEIN.

Ueber Impf-und Fütterungstuberculose (Sur la tuberculose produite par l'inoculation et l'ingestion), par le prof. O. BOLLINGER, de Zurich. (*Arch. f. experiment. Pathol., Leipzig*, 1873, *août.*)

L'auteur expose d'abord 19 expériences et les résume ainsi :

1° La matière tuberculeuse, recueillie sur l'homme, quand on l'inocule à un chien y produit une tuberculose miliaire typique de la plèvre, des poumons, du foie, de la rate. Si l'inoculation est pratiquée sur des carnivores, elle ne produit rien ou seulement une réaction locale insignifiante.

2° L'inoculation et l'ingestion de matière tuberculeuse provenant du bœuf, produit chez les herbivores (chèvres) l'infection tuberculeuse sous deux formes : tuberculisation miliaire du péritoine et dépôts caséeux sur la muqueuse intestinale et dans les ganglions mésentériques.

3° Le contenu des bronches provenant de poumons tuberculeux de bœuf, entraîne les mêmes effets que la matière caséeuse des mêmes poumons inoculée ou ingérée.

4° L'ingestion de matière tuberculeuse fraîche du bœuf reste sans action chez les carnivores ; chez les herbivores, au contraire, elle produit une infection tuberculeuse, profonde, caractérisée par des lésions caséeuses de la muqueuse intestinale, des ganglions mésentériques, l'hyperplasie des glandes de Peyer, l'éruption de tubercules miliaires sur le péritoine, dans le foie et les poumons.

5° Le *poison tuberculeux* agit à petites doses ; 20 à 25 grammes de substance tuberculeuse des poumons, peuvent tuer en deux mois des animaux comme la chèvre.

6° La seule ingestion de pus provenant de lésions caséeuses ne produit aucune tuberculose chez les chèvres.

7° Certaines formes de tuberculose produite par l'ingestion de matière tuberculeuse présentent, au point de vue anatomique et pathologique, une grande analogie avec la scrofule humaine et se manifestent, comme elle, par la dégénérescence caséeuse des ganglions du mésentère et du cou.

8° Il n'y a pas incompatibilité entre l'infection par le tubercule et l'infection par le charbon (anthrax).

L'auteur met en regard de ces expériences celles de Villemin, Chauveau, Klebs, Gerlach, Bagge, Semmer, Gunther et Harms, Zürn, Biffi et Vergad, et quelques expériences personnelles faites antérieurement.

D'après lui, toutes ces expériences peuvent être disposées sous quatre titres distincts :

I. — Ingestion de matière tuberculeuse provenant de l'homme.

Sur 2 cochons et 2 lapins, résultat négatif. Sur un cochon seulement, gonflement des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques et dégénérescence caséeuse d'une partie de ces organes.

II. — Ingestion de substance tuberculeuse provenant du bœuf (ganglions frais, masse caséeuse, contenu des bronches).

Animaux mis en expérience : 5 brebis, 2 chèvres, 4 cochons, 8 chiens, grand nombre de chats, 20 lapins, 1 marsouin, 8 pigeons.

Résultat toujours négatif chez les chiens et les chats ; presque toujours positif chez les cochons, les chèvres, les brebis. Alors le plus souvent dégénérescence caséeuse de la muqueuse intestinale, des ganglions mésentériques, quelquefois des glanglions cervicaux, des poumons. Chez 3 brebis, véritable *carreau*.

Chez des lapins, l'ingestion de matière tuberculeuse crue produisit des résultats tantôt positifs, tantôt négatifs. Dans un cas, l'ingestion de ganglions lymphatiques tuberculeux bouillis engendra une tuberculose généralisée ; par contre, des tubercules bouillis n'exercèrent aucune action nuisible chez 5 lapins. De même 1 cochon ne représenta, à l'autopsie, en pareille circonstance, qu'une tuméfaction des ganglions mésentériques. Des tubercules bouillis ou crus, donnés à d'autres lapins les infectèrent. L'ingestion de tubercules de bœuf infectèrent un marsoin, mais resta sans action sur 2 pigeons. L'ingestion de simple pus caséeux n'agit point sur une brebis.

III. — Ingestion de chair de bœuf spontanément tuberculeux ou d'animaux infectés artificiellement.

Résultat positif sur 3 cochons ; tuberculose générale ou altérations du système ganglionnaire. Chez 1 cochon, leucémie, scrofulose et tuberculose. Résultat toujours négatif chez les lapins, avec la chair bouillie ou crue.

IV. — Ingestion de lait de vache tuberculeuse.

Animaux en expérience : 3 cochons, 3 veaux, 1 brebis, 2 chèvres, 2 chats, 14 lapins.

Sur les 3 cochons, tuberculose miliaire et lésions analogues à celles de la scrofule ; sur 2 chats, résultat négatif ; résultat positif sur 2 lapins ; sur 12 lapins résultat négatif avec du lait bouilli.

L'auteur analyse ensuite les expériences de Chauveau auxquelles il oppose les travaux de Klebs (*Revue des sciences médicales*, t. II, p. 639) qui admet que le filtrage et la cuisson n'anéantissent pas

la virulence du lait. Sur ces points, le Dr Bollinger pense que de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

Il y a aussi à étudier encore la durée de la période d'incubation qui doit certainement avoir un stade déterminé.

La marche de cette infection est subaiguë ou chronique, et les recherches thermométriques n'ont indiqué au Dr Bollinger qu'une faible augmentation de température. Ce qui domine au point de vue clinique, c'est l'amaigrissement, la faiblesse progressive, la diarrhée, l'anémie, la cachexie.

A propos des différentes lésions qu'il a indiquées, l'auteur insiste surtout sur l'analogie que présentent certaines d'entre elles avec la scrofule, le carreau.

Il termine par quelques considérations appliquables à l'homme, qui lui semblent ressortir des expériences relatées.

Il est probable que la tuberculose intestinale consécutive à la tuberculose pulmonaire, reconnaît pour cause le passage des crachats dans l'intestin. Il lui paraît aussi démontré que la scrofule et la tuberculose sont deux formes d'une même affection considérée à des périodes différentes de développement. Il ne serait pas impossible non plus que des enfants issus d'une race saine et devenus scrofuleux, aient puisé le mauvais germe dans le lait d'une vache malade. A ce sujet, il montre par des statistiques le grand nombre de vaches et de bœufs atteints de tuberculose, et il en conclut que l'homme oppose une résistance notable à l'infection tuberculeuse. D'ailleurs, il faut tenir compte de la cuisson de la viande, des différentes manipulations subies par le lait. Néanmoins il rapporte l'opinion de Zürn qui admet que les bouchers peuvent s'inoculer la tuberculose dans leur travail à l'abattoir, et, pour lui, les résultats fournis par l'expérimentation prouvent qu'il y a là une question très-digne d'être prise en considération. V. HANOT.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns (De l'hypertrophie variqueuse des fibres nerveuses du cerveau), par le prof. N. ROTH, de Bâle. (*Arch. f. path. Anat. und Phys., LVIII, livr.* 2.)

Dans 3 cas de ramollissement cérébral récemment observés et rapportés par l'auteur, il s'est rencontré au milieu des foyers, des fibres nerveuses, avec hypertrophie variqueuse du cylindre-axe. Ces fibres épaissies, tout à fait semblables à celles que l'on trouve dans les taches blanches de la rétine, présentent quelquefois une striation transversale ou longitudinale ; souvent la portion hypertrophiée du cylindre-axe est pourvue d'un noyau, et l'autenr insinue que ce pourrait être là le début d'une cellule ganglionnaire bipolaire.

Les cylindre-axes hypertrophiés des foyers de ramollissement n'ont qu'une existence limitée : ils disparaissent par le ramollissement simple ou la dégénérescence graisseuse, et sont d'autant plus difficiles à trouver que la cicatrisation du foyer est plus avancée.—Dans la rétine, leur existence est beaucoup plus longue. La cause de l'hypertrophie des cylindres-axes est la même dans le cerveau que dans la rétine : c'est un processus inflammatoire et constamment dans ce cas, l'encéphalite affecte la forme du ramollissement (le caractère inflammatoire y est attesté, par la multiplication des cellules conjonctives, l'hyperémie, etc.)— Conclusion : l'hypertrophie variqueuse des cylindres-axes se rencontre surtout au milieu des foyers de ramollissement inflammatoire du cerveau dans les premières périodes de l'évolution du processus

A. KELSCH.

Amputation de Lisfranc ; atrophie consécutive du membre opéré, par M. NEPVEU.
(*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, 5e *série*, *t. VIII*, *p.* 302.)

Il s'agit d'un jeune homme de 37 ans.

L'amputation du pied droit remontait à 2 ans. Le malade est mort d'un énorme cancer du rein gauche. La jambe était nettement moins grosse que celle du côté opposé, ce qui donna l'idée de l'étudier.

C'est au moyen de pesées que l'on a cherché à établir les relations qui existaient entre les membres des deux côtés.

Le gauche pesait.....	3 kil. 620 gr.
Le droit.....	3 kil. 244 gr.

Cette différence de poids se traduisait du reste déjà à la vue par une différence de volume très-notable.

Voici les mesures comparatives :

Aux malléoles....	20 c.	membre sain.	17 c.	membre amputé
Milieu de la jambe.	27	—	18	—
Haut de la jambe.	28	—	22	—
Cuisse (tiers inf.)..	30	—	25	—

Les muscles, pesés comparativement et par groupe, présentaient des différences plus notables encore.

	Côté sain.	Côté amputé.
Extenseurs.....	157 gr.	117 gr.
Péroniers	66	51
Jumeaux et soléaire...	400	217
Muscles profonds.....	95	50

Tous ces muscles offraient des traces évidentes de dégénérescence graisseuse du côté atrophié

Les artères étaient diminuées de volume.

Les os du côté amputé étaient plus poreux que ceux du côté sain, surtout le calcaneum et l'astragale ; les pesées comparatives donnèrent les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté amputé.
Tibia.....	217 gr.	171
Péroné.....	46	41
Calcaneum.....	36	22
Astragale.....	12	12

En même temps, l'on remarque que le volume de ces os n'a pas changé, et les mensurations donnent les mêmes mesures pour le tibia sain que pour le tibia malade. La moelle osseuse a augmenté de volume, mais en même temps elle n'est pas rouge, mais très-graisseuse.

L'inactivité, dit l'auteur, mais probablement aussi l'inflammation ont joué un grand rôle dans l'atrophie de ce membre.

Ne pourrait-on pas se demander également si la diathèse cancéreuse n'a pas contribué à cette atrophie en exerçant surtout son action débilitante sur un membre qui était déjà primitivement malade ? C'est là un point de vue dans le sens duquel il nous semblerait intéressant de diriger quelques recherches. H. CHOUPPE.

Ueber eine besondere Form chronischer hämorrhagischer Peritonitis und über das Hämatom des Bauchfells (Sur une forme particulière de péritonite hémorrhagique), par N. FRIEDREICH. (*Virchow's Arch.*, 1873, *LVIII.*)

Dans deux cas d'ascite considérable par affection organique du cœur, et dans l'un desquels l'on fit seize fois la ponction en quatre mois, dans l'autre deux fois, l'on trouva à l'autopsie une forme particulière de péritonite chronique non encore décrite, remarquable par la formation de couches d'exsudat stratifiées, faciles à séparer de la séreuse, par la faible tendance à former des adhérences, enfin par une énorme vascularisation amenant une tendance marquée aux hémorrhagies et à la production de pigment.

Dans le premier cas les hémorrhagies avaient produit des nodosités dures au toucher et ressemblant à un sarcome mélanique ; dans le deuxième cas elles n'avaient amené que des extravasations capillaires. — L'examen histologique montra que les couches les plus internes, c'est-à-dire avoisinant le tube intestinal, étaient les plus récentes ; c'est là que l'on trouvait les éléments figurés les plus jeunes et la vascularisation la plus forte, dans une substance fondamentale encore complétement dépourvue de l'aspect de tissu conjonctif. En avançant, au contraire, vers la cavité péritonéale on rencontrait des couches de plus en plus cellulaires, de telle sorte que la dernière offrait tous les attributs du tissu connectif complet. Le sang dans ces conditions s'est épanché dans les couches anciennes, et non dans la cavité péritonéale.

L'on ne saurait méconnaître le rapport qui existe entre cette disposition et la pachyméningite chronique hémorrhagique. D'ailleurs, comme preuve de l'exactitude de ce rapprochement, l'on trouva en même temps une pachyméningite dont la néomembrane ne pouvait, ni à l'œil nu, ni au microscope, être distinguée de celle du péritoine. H. CHOUPPE.

Contributions à l'histoire des corps libres articulaires dans l'arthrite déformante, par F. GROSS. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1873, *nos* 13 *et* 14.)

Se fondant sur une observation d'arthrite déformante du genou avec corps libres intra-articulaires, Gross étudie le mode de formation de ces corps. Il démontre qu'indépendamment de ceux formés dans le synoviale, il en est d'autres qui reconnaissent pour origine une séparation directe, spontanée de fragments osseux des extrémités articulaires : dans le cas dont il s'agit, le condyle interne du fémur est creusé d'une cavité

renfermant encore deux fragments osseux mobiles et incomplétement détachés, et tapissée d'une membrane connective analogue à celle qu'on rencontre dans un kyste osseux. H. TH.

Der Vorgang der rareficirende Ostitis unter der Einwirkung der Riesenzellen (Du rôle des myéloplaxes dans l'ostéite raréfiante), par le prof. KŒNIG, de Rostock. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, n° 6, p.* 502 512, 1 *planche,* 25 *juillet* 1873.)

L'ostéite raréfiante, d'après l'auteur, résulte de la prolifération des éléments médullaires situés dans la couche profonde du périoste et dans les canaux de Havers ; cette prolifération aboutit à la formation d'un réseau de myéloplaxes contigu à la substance osseuse. Ce sont ces myéloplaxes qui déterminent la résorption de l'os, et jouent le rôle principal dans la formation des lacunes. Quant aux corpuscules osseux, ils ne paraissent y prendre aucune part. H. TH.

Del fungo benigno e degll altri neoplasmi del testicolo che assumono la forma di escrescenza fungoïde (Du fungus bénin et des autres néoplasmes du testicule qui prennent la forme d'excroissances fungoïdes), par le Dr Clément ROMANO. (*Il Morgagni,* 1873, *fasc.* 4, 5 *et et* 6, *pp.* 297 *et* 403.)

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

I. Les néoplasmes du testicule prenant à une certaine période l'aspect fongueux, et confondus sous la dénomination commune de fungus du testicule, sont variables et de composition anatomique essentiellement diverse.

II. Il existe une néoformation pathologique spéciale formant une masse distincte, ayant une évolution propre, et qui seule mérite le nom de *fungus bénin* du testicule.

III. Cette masse fongoïde (fungus benin) a les caractères histologiques assignés aux granulomes par Virchow ; aussi pourrait-on l'appeler *granulome* du testicule.

IV. Ce granulome du testicule a pour siége tantôt la tunique albuginée, tantôt la parenchyme glandulaire, et comme il peut rester une partie de la glande capable de fonctionner encore, il convient de la soustraire à l'atrophie possible ou à l'invasion de la néoplasie.

V. Bien que cette tumeur puisse exister chez des individus siphylitiques elle n'en est pas pour cela une manifestation de la période tertiaire de la syphilis constitutionnelle ; aussi doit-on toujours la traiter par la même médication locale ou par des manœuvres chirurgicales.

VI. La science ne peut encore affirmer que les excroissances fungoïdes ayant pour point de départ le testicule sont constituées histologiquement par du tissu *fibreux* ou *graisseux* ou par d'autres espèces de néoformations.

VII. Si le fungus qui se montre dans le cours de l'évolution du carcinome du testicule possède une physionomie particulière et des caractères propres de malignité qui permettent de le distinguer, il n'en est pas de même de celui fourni par le sarcome ou le myxome, qui peuvent évoluer

(au moins pour une longue période de leur développement) avec l'apparence clinique du fungus bénin. BARÉTY.

Histologische Beiträge zur Lehre von den Sarcomen und den metastatischen Tumoren (Contributions histologiques à l'étude des sarcomes et des tumeurs métastatiques), par le Dr Hermann TILLMANNS, de Leipzig. (*Archiv der Heilkunde, p.* 530.)

La pathogénie du sarcome est considérée de deux manières différentes : pour les uns, le néoplasme préexiste dans le sang et est transporté dans la partie où la tumeur se forme ; pour les autres, le tissu néoplasique se forme sur place.

Quelle que soit, dit l'auteur, la théorie que l'on admette, il est supposable que les parois des vaisseaux doivent être très-souvent le siége de semblables tumeurs. Cependant peu de physiologistes se sont occupés de rechercher des faits de cette nature ; l'auteur ne cite que C. O. Weber (*Virchow's Arch.* B. 29, p. 84) comme ayant attiré l'attention sur cette question. Il lui paraît donc utile de publier deux observations de sarcome périvasculaire.

La première observation se rapporte à un sarcome périvasculaire de la jambe droite ; thrombose et masses sarcomateuses dans la veine crurale du côté malade et dépôts consécutifs dans le poumon.

La seconde observation est relative à une tumeur caverneuse de la nuque et considérée par l'auteur comme un sarcome endothélial télangiectasique. A l'œil nu, cette tumeur ressemblait aux tumeurs érectiles ordinaires ; mais l'examen microscopique y fit reconnaître les cellules rondes du sarcome et à un fort grossissement on put voir les cellules aplaties du tissu épithélial et de l'endothélium.

Dans ce cas, l'origine de la tumeur pourrait être sujette à controverse, mais l'auteur la considère comme ayant pris naissance sur la paroi des vaisseaux par suite d'une prolifération endothéliale qui aurait amené l'écartement des parois et la dilatation caverneuse. Cette hypothèse lui paraît d'autant plus admissible que le développement de la tumeur a été très-lent et que les parois des vaisseaux étaient considérablement altérées dans leur structure. KLEIN.

Zur Pathologie der quergestreiften Muskelfasern (Contribution à la pathologie des fibres musculaires striées), par le Dr Leo POPOFF, de Saint-Pétersbourg. (*Centralblatt,* 1873, *n°* 44.)

I. — *Action de la lumière polarisée.*

Lorsque Brücke eut découvert que la fibre musculaire avait une action doublement réfringente sur la lumière polarisée, on ne mit pas assez à profit cette découverte dans l'étude des modifications pathologiques des muscles. Ce n'est que plus tard que l'auteur a étudié, sous la direction du professeur Virchow, les changements qui surviennent dans les fibres musculaires dans les maladies infectieuses ; dans cette étude, il mit à contribution l'influence de la lumière polarisée, et voici les résultats qu'il obtint :

1° La fibre musculaire subit une altération granuleuse considérable.

Si on l'examine à la lumière polarisée (avec les prismes croisés de Nicol), on voit que la double réfringence est plus faible qu'à l'état normai (mêmes résultats dans les maladies apyrétiques ; dégénérescence pigmentaire et granuleuse). En même temps, la répartition de la substauce doublement réfringente dans les fibres perd sa régularité, ce qui répond à la disparition des stries normales à la lumière ordinaire. S'il y a dégénérescence graisseuse, la double réfraction disparaît complétement.

2° Mêmes résultats pour les points de la fibre où l'on trouve de nombreuses granulations pigmentaires.

3° Le résultat est tout autre si la dégénérescence est cireuse ; il est alors très-analogue à celui que l'on obtient à la lumière ordinaire ; on trouve, ou bien une striation transversale très-légère, ou bien, ce qui se voit quand la dégénérescence est très-avancée, une striation longitudinale peu marquée. En même temps, toute la masse des fibres musculaires ayant subi sa dégénérescence vitreuse apparaît dans ie champ obscur du microscope avec un vif éclat, de sorte qu'il est impossible de penser à une métamorphose de la substance doublement réfringente. Mais si, au plus haut degré de transformation, le contenu du faisceau musculaire primitif tombe en détritus, les faisceaux, qui perdent ainsi leurs dispositions et leurs rapports normaux, restent obscurs dans le champ du microscope et ne conservent plus leur double réfraction.

Les résultats de ces recherches sont donc en résumé les suivantes :

1° La dégénérescence granuleuse et l'atrophie fine des muscles indiquent une *dégénérescence vraie* détruisant la substance doublement réfringente;

2° La dégénérescence cireuse ou vitreuse n'altère pas cette substance.

II. — *Des changements qui se produisent dans les muscles dans quelques maladies infectieuses.*

L'auteur dit que dans toutes les formes de maladies infectieuses qu'il a étudiées (fièvre récurrente, fièvre typhoïde, typhus exanthématiqne, fièvre puerpérale), les changements du tissu musculaire ont un caractère inflammatoire, accusé, non-seulement par la tuméfaction trouble, mais encore par une grande multiplication des noyaux.

Sur les fibres musculaires isolées, et principalement sur des coupes transversales, l'on peut facilement se convaincre que cette prolifération des noyaux a son siége à l'intérieur du sarcolème dans les fibres musculaires elles-mêmes. En outre, ce processus peut déjà s'observer peu de temps après le début de la maladie ; on ne peut donc pas le considérer comme un phénomène de réaction ou de régénération survenant à la suite d'une dégénérescence cireuse concomittante parfois très-accentuée, confusion d'autant plus facile à commettre que cette prolifération, quoique survenant aussi dans les fibres en dégénérescence granuleuse, apparaît avec beaucoup plus d'intensité dans les fibres en dégénérescence cireuse.

Ce processus végétatif n'apparaît pas seulement dans les points qui séparent les masses cireuses, on en retrouve même dans l'intérieur de ces dernières ; ces phénomènes sont facilement appréciables à l'aide de préparations faites par différentes méthodes.

Conclusion. — La dégénérescence cireuse des fibres musculaires doit être considérée comme un phénomène accompagnant une inflammation et non comme une dégénérescence pure.

C'est la même conclusion que celle établie par M. G. Hayem dans son travail sur les myosites symptomatiques (*Archives de physique*, 1870).

H. CHOUPPE.

Beiträge zur Kenntniss des Muskelkrebses (Contributions à l'étude du cancer des muscles), par C. WEIL. (*Stricker's mediz. Jahrbücher*, 1873, *Heft III*, *pp.* 285-292, *avec* 1 *planche.*)

Ce travail apporte de nouveaux faits prouvant que des éléments cancéreux peuvent se former dans l'intérieur et aux dépens de la fibre musculaire primitive elle-même. Il s'agit de cinq tumeurs cancéreuses de la langue, extirpées par Billroth. Sur les limites de la tumeur, à un endroit par conséquent où l'altération est à son stade initial, on constate la multiplication et l'hypertrophie des noyaux musculaires placés immédiatement en dedans du sarcolemme; plusieurs de ces noyaux sont déjà enveloppés d'une masse notable de protoplasma qui refoule la substance contractile. Celle-ci se segmente en blocs d'aspect bosselé, irréguliers, mais conservant encore une striation manifeste.

A mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur, c'est-à-dire à une phase plus avancée de l'altération, ces segments bosselés perdent leur striation et finissent par prendre l'aspect d'une masse granuleuse de protoplasma enveloppant les noyaux musculaires hypertrophiés. On obtient ainsi des images rappelant tout à fait de grandes cellules plates épithéliales. Sur des coupes obliques reproduites dans les dessins de l'auteur, on voit des fibres musculaires dont certaines portions ont encore conservé une apparence nettement striée, tandis que d'autres portions sont remplacées par des cellules épithélioïdes. Ces cellules tapissent quelquefois très-régulièrement la face interne du sarcolemme, de façon qu'une section transversale présente un aspect identique à celle d'un canalicule glandulaire.

Il n'est pas rare de rencontrer des formes de transition consistant en cellules épithélioïdes (cancéreuses), mais dont le protoplasma offre encore de vagues vestiges de striation.

La disposition glandulaire du néoplasme et l'intégrité fréquente du sarcolemme prouvent que les éléments cancéreux prennent bien naissance dans l'intérieur de cette enveloppe, et ne proviennent pas des cellules conjonctives du périmysium. L'auteur est, du reste, loin de nier la participation de ces dernières au processus cancéreux. Ce qu'il cherche surtout à mettre en évidence, et ce que O. Weber, Popper, Neumann avaient fait avant lui, c'est la part qui revient au tissu musculaire propre « à la cellule musculaire ». Il est intéressant de rapprocher ce travail de celui de Sokolow sur le sarcome musculaire, où les mêmes conclusions se trouvent formulées. (Voy. *Revue des sciences médicales*, t. II, p. 612.)

Weil a en outre observé, et il insiste sur ce point, la transformation de plusieurs noyaux musculaires, au sein du néoplasme, en corpuscules identiques quant à la forme et à la coloration, aux globules rouges du sang. Ce fait mérite d'être relevé, mais exige la confirmation de nouvelles recherches. Les figures qui accompagnent le mémoire sont claires, peut-être un peu trop schématiques.

STRAUS.

The symptomatic alterations of muscles (Des altérations symptomatiques des muscles), par G. HAYEM, brit. med. association. (*Brit. med. Journ.*, 30 *août* 1873.)

L'auteur signale les altérations de la structure des muscles sous l'influence de beaucoup de maladies, non-seulement des maladies aiguës, mais aussi des maladies chroniques, se terminant par le marasme et la cachexie. Le mode d'évolution de ces lésions et leurs caractères histologiques différent suivant les maladies. Le résultat général des nombreuses recherches faites par M. Hayem montre que le système musculaire indique le trouble général de la nutrition dans toutes les maladies. La substance musculaire, quand la nutrition est en souffrance, a une tendance à disparaître soit en partie, soit en totalité et plus ou moins rapidement. Mais en même temps que ce processus destructif, il y a aussi, à la fois dans les maladies aiguës et chroniques, un effort constant de réparation suivi de résultats assez différents. Dans ces cas les fibres musculaires de nouvelle formation sont dues à la prolifération des cellules musculaires préexistantes. M. Hayem a aussi observé les mêmes altérations dans le tissu du cœur. Le travail est accompagné de planches explicatives. A. GOUGUENHEIM.

Note sur la périphlébite et la phlébite inguinale par compression digitale dans l'amputation du membre inférieur, par MM. PASTURAUD et H. PETIT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, t. XIII*, 1873, *pp.* 241 *et* 244.)

M. le professeur Verneuil a fait à la société anatomique plusieurs communications ayant pour but d'établir que la compression de l'artère crurale dans les cas d'amputation du membre inférieur, peut en irritant la veine et le tissu connectif environnant devenir le point de départ de périphlébite et de coagulations veineuse. Les faits suivants viennent à l'appui de cette opinion.

M. Pasturaud communique trois observations :

Observation I. — Amputation de la jambe droite pour sphacèle du membre inférieur consécutif à une obstruction de l'artère crurale. Phlébite oblitérante au niveau de l'arcade de Fallope avec très-peu de périphlébite.

Observation II. — Amputation de la cuisse gauche pour un écrasement de la jambe. Phlébite et périphlébite inguinale.

Observation III. — Tumeur blanche du genou, amputation de la cuisse, mort d'infection purulente. Périphlébite inguinale.

Nous n'entrons pas dans le détail des observations qui du reste sont très-complètes. — M. Petit rapporte de son côté le fait suivant:

Amputation de la cuisse. Mort six semaines après de pleurésie purulente : thrombose de la veine fémorale du côté opéré remontant jusque dans la veine cave inférieure.

La pièce de M. Petit montre le mécanisme des phlegmatia alba dolens doubles que l'on observe à la suite des amputations H. CHOUPPE.

Harncylinder beim Icterus (Note sur la présence de cylindres dans l'urine, des ictériques), par NOTHNAGEL. (*Deutsches Arch. f. klin. Med., XII*e *vol. p.* 326.)

De nombreuses observations ont conduit l'auteur à formuler la proposition suivante : dans tout ictère un peu intense, chaque fois que l'on

trouve les acides biliaires dans l'urine, on peut y constater en même temps la présence de cylindres. Cette loi avait été méconnue jusqu'ici ; quelques auteurs avaient bien noté que l'on pouvait rencontrer des cylindres dans l'urine des ictériques, mais ils avaient considéré ce fait comme exceptionnel ; aucun d'eux ne l'avait observé en dehors de l'albuminurie.

D'après Nothnagel, au contraire, ces cylindres ne manquent que dans les ictères légers ou en voie de disparition. Leur quantité est très-variable ; tantôt on en trouve plusieurs dans chaque goutte du résidu obtenu par la filtration de l'urine ; tantôt il faut faire de 5 à 6 préparations avant d'en rencontrer. On conçoit que dans ces conditions ils aient pu fréquemment échapper à l'observation, d'autant que généralement on ne pratique guère l'examen microscopique des urines ictériques quand elles ne contiennent pas d'albumine et qu'elles ne présentent pas de trouble bien apparent.

Dans la plupart des cas ces cylindres sont hyalins; ils contiennent en proportion très-variable des granulations brillantes, d'une coloration jaunâtre ; d'autres fois on voit à leur surface des cellules épithéliales ou des leucocytes colorés en jaune. Il est plus rare de rencontrer de véritables cylindres épithéliaux ; les cylindres dits fibrineux sont tout à fait exceptionnels ; les cylindres hyalins, à l'encontre de tous les autres éléments figurés que l'on trouve dans l'urine, ne sont jamais colorés par la bile.

La présence de ces éléments dans l'urine n'est nullement, comme on pourrait le croire à priori, subordonnée à celle de l'albumine ; l'auteur n'a trouvé l'urine albumineuse que dans les deux tiers des cas où il a rencontré des cylindres ; assez fréquemment il a pu constater que ces éléments étaient très-nombreux, alors que l'examen le plus complet ne venait révéler aucune trace d'albumine.

Ce n'est pas la première fois que l'on signale l'existence de cylindres dans des urines non albumineuses ; Griesinger et Rosenstein ont observé de ces cas ; Axel Key a trouvé des cylindres hyalins en l'absence de toute altération rénale. Ce sont néanmoins des faits exceptionnels.

A quelle cause faut-il rapporter l'apparition de ces cylindres et quelle est leur signification pathologique ? Si l'on considère que leur nombre varie avec l'intensité de l'ictère, qu'ils disparaissent avec ce symptôme et qu'ils ne sont nullement subordonnés à l'albuminurie, on est conduit à penser qu'ils sont le résultat d'une altération accidendelle et sans gravité des reins. Cette altération serait probablement due, d'après l'auteur, à l'action des acides biliaires sur l'épithélium rénal. Il invoque en faveur de cette manière de voir les expériences de Leyden qui a vu, chez les animaux, les injections d'acides biliaires déterminer, en même temps que l'albuminurie, l'apparition de cylindres dans les urines. HALLOPEAU.

Di una adesione ossea dei due mascellari a sinistra (Un cas d'adhérence osseuse entre les deux maxillaires du côté gauche), par le Dr H. MARCHIAFAVA. (*Rivista clinica, de Bologne, mai* 1873, *fasc.* 5, *p.* 149.)

La pièce pathologique existe au musée de Bologne, elle provient d'un homme âgé de 40 ans mort de fièvre pernicieuse comateuse en 1818. L'adhé-

rence entre les deux maxillaires existait depuis la première enfance époque à laquelle cet homme fut affecté d'une variole confluente, qui envahit aussi la la muqueuse buccale. Il resta longtemps au lit, puis il s'aperçut qu'il ne pouvait mouvoir les maxillaires. Il vécut ainsi jusqu'à 40 ans, se nourrissant de préférence avec des aliments liquides ou demi-liquides qu'il introduisait dans sa bouche à travers un espace quadrilatère qu'il avait pratiqué entre les deux maxillaires à droite en arrachant quelques-unes des dents qui existaient à ce niveau. Atteint de fièvre pernicieuse comateuse, à une époque où les alcaloïdes de l'opium n'étaient pas encore connus, il ne put avaler une dose suffisante de poudre de quinquina et succomba.

Tout le crâne a été conservé. L'auteur décrit minutieusement toutes les particularités que présentent les deux maxillaires. Nous nous bornerons à rapporter ce qu'il dit de l'adhérence des deux os.

L'adhérence osseuse existe a proprement parler entre la portion externe des deux bords alvéolaires de la moitié externe du maxillaire supérieur gauche et de la partie correspondante du maxillaire inférieur. La branche montante du maxillaire inférieur du même côté est soudée à la base de l'apophyse coronoïde, avec l'angle postérieur du maxillaire supérieur.

L'auteur fait remarquer en outre que le squelette de la moitié gauche de la face a subi un moindre développement que la moitié droite. Il y a eu atrophie de la moitié gauche de la face, un arrêt de développement.

La nature des altérations que l'auteur a constatées sur ce crâne lui permet d'avancer qu'elles remontent à une époque antérieure au développement complet du squelette, antérieure aussi à la première dentition.

Quant à l'origine même de ces altérations, spécialement de la soudure des deux maxillaires, qui est ici l'altération fondamentale, l'auteur la place dans l'éruption variolique buccale, qui aurait déterminé une ulcération du bord des gencives correspondantes, de la périostite et peut-être aussi de l'ostéite.

Ce qui est étonnant, ajoute l'auteur, c'est qu'aucun chirurgien n'ait pensé à remédier à cette infirmité.

(On peut rapprocher de ce fait cet autre communiqué par M. le Dr Panas à la Société de chirurgie, séance du 5 mai 1869, dans lequel il s'agissait de l'atrophie de toute une moitié de la face chez un individu de 25 ans, ayant eu à l'âge de 10 ans une fracture simple du corps de la mâchoire inférieure du côté gauche.

Cette atrophie occupait le maxillaire inférieur, l'os zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arcade orbitaire, à gauche. M. le Dr Panas fait remarquer que c'est là un résultat éloigné des fractures de la mâchoire inférieure survenues à un âge où les os de la face n'ont pas encore subi leur entier développement.)

A. BARÉTY.

Tuberculosi della cute. (Tuberculose de la peau), communication faite à la Soc. de méd. et de chir. de Turin, par le prof. **BIZZOZERO**. (*L'Observatore, vol.* 9, *n°* 12; *Rivista di med., di chir. e di terap. de Milan,* 15 *et* 30 *avril* 1873, *fasc.* 7 *et* 8.)

Chez un enfant de 15 ans, scrofuleux, atteint de tuberculose pulmonaire et intestinale, on remarquait quelques petits abcès sous-cutanés de

la grosseur d'une petite noisette au plus, à contenu caséeux, et de *nombreuses ulcérations de la peau.*

Au fond de ces ulcères ou dans leur voisinage, dans la peau, l'auteur a trouvé avec l'aide du microscope de nombreux tubercules généralement isolés et constitués par une cellule gigantesque centrale à prolongement entourée de cellules épithélioïdes. Dans quelques cas les tubercules de la peau se trouvaient immédiatement sous l'épiderme, qui, dans ce point, se détachait pour former l'ulcération.

L'auteur dit avoir trouvé la même structure dans les tubercules de la rate, du foie, des reins, produit par inoculation chez des lapins.

Il dit aussi avoir trouvé des cellules gigantesques dans un vieil ulcère syphilitique de la peau du pied chez une femme de 50 ans, morte de gangrène pulmonaire, et qui à l'autopsie présenta les altérations de la syphilis et de la tuberculose. BARÉTY.

Ueber einige im Blute vorhandene Bacterienbildende Massen (Sur quelques-uns des amas de bactéries qui se rencontrent dans le sang), par Wm. OSIER et Ed.-A. SCHÆFER. (*Comm. préalable, Centralbl., p.* 577, 1873.)

Dans beaucoup de maladies on trouve dans le sang un nombre plus ou moins grand de masses incolores, granuleuses, qui dépassent de plusieurs fois le volume des globules blancs du sang, et qui, à un fort grossissement, paraissent composées de petites particules pâles.

Si l'on ajoute à la goutte du sang examiné une goutte d'une solution de chlorure de sodium à 3/4 0/0 et qu'on maintienne la préparation à la température du corps, on voit sortir de ces petites masses de très-minces filaments agités d'un mouvement vibratoire très-actif et qui finissent par se séparer de la masse et se mouvoir librement dans le liquide. Chaque filament présente vers le milieu ou l'une de ses extrémités un gonflement discoïde.

Les auteurs ne savent pas encore quelle est la signification exacte de ces particularités, et ils remettent à plus tard la relation détaillée de leurs recherches. G. H.

Infarctus sanguins sous-cutanés du choléra et des maladies septicémiques, note de M. BOUCHUT. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 6 *oct.* 1873.)

Les *infarctus hémorrhagiques sous-cutanés* du choléra et des maladies septicémiques aiguës chez les enfants sont toujours accompagnés d'*endocardite végétante valvulaire* et de *thrombose cardiaque*, avec *dépôts fibrineux* sur les valvules et sur les colonnes charnues du cœur. Il est donc propable qu'ils résultent d'*embolies capillaires.* On trouve presque toujours des infarctus semblables dans les poumons où ils amènent de petits abcès. La recherche des infarctus *sous-cutanés* pendant la vie est donc très-utile sous le rapport du pronostic, car en indiquant la mort probable, elle peut servir à empêcher l'emploi de médications hasardeuses ou d'opérations qui n'auraient aucune chance de succès. M. D.

Sur les embolies capillaires et les infarctus hémorrhagiques du choléra; deuxième note de M. BOUCHUT. (*Compt rend. de l'Acad. des sciences*, 3 *nov.* 1873.)

Cette seconde note donne quelques nouveaux détails sur la forme, les dimensions et le siége exact des infarctus signalés précédemmment dans le choléra. Cette nouvelle lésion expliquerait le mécanisme des plegmasies secondaires si graves de la période de réaction du choléra algide. Lorsque la circulation se rétablit, le sang pousserait devant lui des thromboses qui formeraient çà et là des obstructions et provoqueraient des méningites ou des pneumonies mortelles. M. D.

Se la dilatione patologica del cuore arvenja durante la diastole? (Si la dilatation pathologique du cœur survient durant la diastole), considérations critiques du Dr V. CHIRONE. (*Lo Sperimentale de Florence*, 1873, *fasc.* 8e, *p.* 135.)

Après un examen critique des opinions qui ont cours dans la science sur ce point de physiologie pathologique, l'auteur soutient que la *dilatation pathologique du cœur survient aussi bien pendant la systole que pendant la diastole, mais plus pendant la systole que pendant la diastole.*

Il se fonde sur ce que la fibre musculaire est surtout contractile et peu extensible, tandis que le tissu connectif est seulement extensible. Or, dit-il, cette extensibilité du tissu connectif doit être bien plus en jeu pendant la systole que pendant la diastole.

Voici donc ce qui surviendrait, d'après lui, dans le cœur qui se dilate. La pression intracardiaque est augmentée : le tissu connectif cède par le fait de son extensibilité exagérée, et la contractilité musculaire se trouve amoindrie. Aussi le cœur ne donnera plus une systole complète et il restera entre les parois ventriculaires un espace anormal. Un cœur dans cet état est pour l'auteur un cœur dilaté. D'autre part, le cœur peut encore se dilater durant la diastole, par le fait de l'extensibilité de la fibre musculaire; mais comme l'extensibilité de la fibre musculaire du cœur est moindre que celle de son tissu connectif, il en résulte que la dilatation a lieu plus facilement pendant la systole que pendant la diastole, malgré toute apparence contraire. BARÉTY.

Observations diverses.

Curious monstrosity, par T.-O. REYNOLDS. (*Cincinnati Clinic-Medical Press and circular*, 3 *sept.* 1873.)

Sous ce titre, l'auteur décrit une forme rare de monstre parasitaire par implantation.

Un fœtus de quatre mois, bien développé du reste, porte appendu hors de sa bouche un second fœtus parasite; une membrane fait adhérer la face in-

terne de la lèvre supérieure du premier à l'hypochondre gauche du second. La tête du parasite occupe la cavité pharyngienne, le bras droit descend dans l'œsophage, le bras gauche est relevé par-dessus la voûte palatine et sort par la narine. La paroi abdominale du parasite est incomplète et laisse le foie à découvert. Il n'y a qu'un placenta. H. THORENS.

Five cases of disease of the suprarenal capsules (Cinq cas de maladie des capsules surrénales), par GREENHOW. (*Lancet*, 31 *mai* 1873.)

Premier cas. — Homme de 25 ans, chez lequel la peau était décolorée ainsi que la muqueuse buccale.

Deuxième et troisième cas. — Dans un de ces cas, l'estomac présentait une série de taches laiteuses, produites par du tissu lymphoïde.

Quatrième cas. — Homme de 40 ans, mort phthisique, la peau était normale malgré la lésion des capsules.

Cinquième cas. — Cancer d'une capsule surrénale sans aucun symptôme de la maladie d'Addison. A. G.

Abcès du foie ; ouverture dans la veine cave ascendante ; collections purulentes consécutives dans les poumons ; présentation faite à la Soc. méd. des hôp. par le Dr Léon COLIN. (*Un. méd.*, 1873, *n*° 92, *p.* 217.)

Un soldat qui avait séjourné 3 ans au Sénégal, revient en France à la fin de 1871 avec des accès intermittents et de l'anémie. A la fin de 1872, les accès, qui avaient disparu, reviennent fort intenses et prennent ensuite le caractère de fièvre hectique rémittente. Quelques douleurs du côté du foie, un peu d'ictère, la persistance de la fièvre font porter le diagnostic d'abcès du foie ; la mort a lieu en mai 1873, à la suite de symptômes asphyxiques. On trouve à l'autopsie un abcès du foie du volume d'une orange vers le haut du lobe droit ; il communique avec la veine cave ; dans les poumons se trouve une douzaine de collections purulentes, de 80 à 100 gr. chacune, situées sous la plèvre.

M. Colin insiste : 1° sur l'absence de dyssenterie antérieure ; 2° sur l'existence sur le foie d'une cicatrice semblant indiquer l'existence et la guérison d'un abcès antérieur ; 3° surtout sur la communication du foyer avec la veine cave et les collections purulentes consécutives. Celles-ci ne sont entourées ni de congestion ni d'inflammation, et le pus semble avoir été versé mécaniquement dans le tissu pulmonaire qui l'a retenu comme un filtre. J. C.

Cancer du foie. — Tumeur ombilicale sortie spontanément de l'abdomen, par Dr MOUSSIER. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 1re *série*, 7e *année* 1873.)

Il s'agit dans cette observation d'un malade atteint de cancer du foie, dont l'anneau ombilical, très-dilaté, laissait passer une tumeur énorme pendant sur l'abdomen. Cette tumeur était sans doute formée par une épiplocèle frappée de dégénérescence encéphaloïde comme l'examen microscopique l'a démontré. La ligature en masse du pédicule de cette tumeur, avec un fort cordonnet de soie, fut pratiquée ; et au bout de 15 jours la tumeur fut détachée.

Mais le malade qui était dans un état désespéré, mourut quelque temps après. HENRI HUCHARD.

Pulsating cancer of the kidney, par HOLMES, pathological Society. (*Lancet*, 31 *mai* 1873.)

Le malade offrait les signes d'un anévrysme de l'aorte abdominale. A l'examen, une large tumeur pulsatile, présentant tous les signes d'un anévrysme fut rencontrée à la région lombaire gauche et à la fosse iliaque. En auscultant la tumeur, on entendait un bruit de souffle assez doux. Le malade était infiltré et avait souvent de l'hématurie. On diagnostiqua un cancer de l'os iliaque et du rein. A l'autopsie on ne trouva lésé que le rein gauche. Il y avait des végétations dans le bassinet qui étaient la cause de l'hématurie. L'homme était mort épuisé. M. Holmes, en terminant, dit qu'il a été très-rarement vu une lésion pareille du rein donner naissance à des pulsations et à un souffle. A. G.

Zur Frage über die Substanzen, welche die Temperatur des thierischen Körpers erheben (Contribution à l'étude des substances qui élèvent la température animale (pyrogènes), par le prof. W. LEWITZKY, de Varsovie. (*Centrbl.*, 1873, *p.* 723-725.)

Quelle est, dans les liquides putrides, la partie véritablement pyrogène? Tel est le problème, si souvent déjà posé, que l'auteur aborde à son tour.

On a prétendu que la simple injection dans le tissu cellulaire ou dans les veines d'eau distillée détermine de la fièvre. C'est là un premier point qu'il s'agissait de contrôler. Les recherches de Lewitzky lui ont montré que ce n'est point l'introduction de l'eau par elle-même, mais bien le traumatisme concomitant qui détermine la fièvre. En effet, si l'on injecte de faibles quantités d'eau distillée sous la peau, ou des quantités plus fortes mais par doses fractionnées et par plusieurs piqûres, point de mouvement fébrile; si l'on injecte cette même quantité en une seule fois, il y a élévation de température. L'apparition de la fièvre est donc liée au traumatisme subi par le tissu cellulaire. Les choses ne se passent pas autrement quand on injecte l'eau directement dans les veines. Le fait de la dénudation de la veine suffit pour provoquer la fièvre. Sur quatre lapins, l'auteur pratiqua la mise à nu et la ligature de la veine jugulaire; pendant les deux jours qui suivirent l'opération, la température s'éleva d'environ 0° 7 au-dessus de la normale. L'injection d'eau distillée dans la jugulaire, pratiquée sur quatre autres lapins, ne produisit pas une élévation de température plus considérable. Ce n'est donc pas l'eau, mais l'opération qui détermine la fièvre.

Sont-ce les bactéries qui constituent l'agent pyrogène? Pour élucider ce second point, l'auteur s'est servi du liquide de Pasteur, qui, comme l'on sait, possède un pouvoir franchement pyrogène. Or, ce pouvoir n'est nullement diminué lorsque, à l'aide de filtrations répétées, on l'a dépouillé de la plus grande partie sinon de la totalité des bactéries qu'il contient. L'auteur croit pouvoir en conclure que « la fièvre provoquée par l'injection de liquides riches en bactéries ne tient pas à la présence de ces bactéries. »

Elle tiendrait plutôt, selon lui, aux substances auxquelles donne nais-

sance l'activité vitale des bactéries. Ainsi, le liquide de Pasteur, à l'état frais, même très-riche en bactéries, ne détermine pas de fièvre. Que si au contraire on laisse séjourner le liquide pendant quelques mois, et qu'ensuite, après l'avoir préalablement dilué de façon à ce qu'il ne contienne pas un plus grand nombre de bactéries que le liquide à l'état frais, on l'injecte sous la peau d'un animal, on détermine à coup sûr une élévation de température.

Le fait même du séjour prolongé des bactéries dans le liquide a donc développé la propriété pyrogène de ce dernier. Or, comme ce ne sont pas les bactéries elles-mêmes qui occasionnent la fièvre, celle-ci, conclut l'auteur, est due sans doute aux substances encore inconnues qui résultent de la végétation et de la vie des bactéries. STRAUS.

Ueber die Enstehung mechanischer Œdeme (De la production mécanique de l'œdème), par le Dr Anatole HEHN. (*Centralbl.*, 1873, *n*° 40.)

En répétant les expériences de M. Ranvier relatives à l'influence de la ligature des gros troncs veineux et des sections nerveuses sur la production mécanique de l'œdème, l'auteur a remarqué les faits suivants :

1° La ligature extrapéritonéale de la veine cave inférieure au-dessous de l'embouchure des veines rénales, n'a amené, chez les nombreux animaux sur lesquels il a expérimenté, ni œdème des extrémités inférieures, ni épanchement dans la cavité du péritoine.

2° La ligature bilatérale de la veine jugulaire a également donné des résultats négatifs.

3° L'auteur est parvenu à fixer anatomiquement la voie anatomique par laquelle se dégorge la veine cave après sa ligature.

4° La section d'un nerf sciatique avec ligature simultanée de la veine cave inférieure amène l'œdème de l'extrémité correspondante, seulement dans le cas où on la fait à une certaine hauteur après la sortie du nerf de la grande échancrure sciatique. H. CH.

Ueber die morphologischen Veränderungen in Trachea und Lungen durch Ammoniac (Sur les altérations morphologiques produites par l'ammoniaque dans la trachée et les poumons), par le Dr Heinrich MAYER, de Munich. (*Archiv der Heilkunde, p.* 512.)

Lorsque l'on injecte de l'ammoniaque dans les voies respiratoires, il se forme sur la muqueuse de ces conduits un dépôt analogue à la membrane croupale. Si l'alcali pénètre dans le poumon, l'on trouve parfois dans celui-ci des amas de matières gangréneuses ou parasitaires qui ont été comparés également aux dépôts de la pneumonie croupale. Si l'apparence macroscopique peut faire confondre les résultats de cette inflammation artificielle avec ceux de la diphthérite, l'auteur démontre, par ses recherches, que cette analogie n'existe pas en fait.

Voici les conclusions de son travail :

1° On ne réussit pas, en introduisant de l'ammoniaque dans les voies aériennes des animaux, à produire une inflammation tout à fait identique au croup de l'espèce humaine.

2° Introduit en petite quantité et en solution peu concentrée dans le larynx et la trachée, l'ammoniaque ne modifie pas la structure morphologique des couches superficielles de la muqueuse ; il ne se produit qu'une inflammation catarrhale plus ou moins intense.

3° En plus grande quantité ou dans une solution concentrée, cette substance agit comme tous les caustiques : elle produit le gonflement et la destruction des cellules superficielles qui, perdant leur vitalité, sont envahies par des produits parasitaires.

4° Le reste de la muqueuse subit une prolifération cellulaire très-active qui hâte la destruction et l'élimination de la couche superficielle.

5° Enfin dans le poumon l'ammoniaque produit une vive inflammation catarrhale à tous les endroits où son action n'est pas assez intense pour amener des ruptures de capillaires et des hémorrhagies dans l'intérieur des alvéoles.

Si donc il se produit des dépôts membraneux à la surface des muqueuses, celles-ci ne sont pas dues comme dans le croup à une néoplasie formée à la surface de l'épithélium, mais à la destruction de cet épithélium lui-même. De même, dans l'intérieur du poumon, les dépôts constatés sont des traces d'hémorrhagies avec desquamation épithéliale et formation de parasites.

KLEIN.

The cause of secundary waves of the pulse as drawn by the sphygmograph (Causes du dicrotisme du pouls déduites par l'emploi du sphygmographe), par A.-L. GALABIN, brit. med. associat. (*Brit. med. journ.*, 6 *sept.* 1873.)

L'auteur poursuit, paraît-il, une série de travaux exécutés à l'aide de ce procédé d'exploration. Au moyen d'un appareil composé de tubes élastiques reliés à un cœur artificiel et de même substance, cet expérimentateur put obtenir les formes de pouls les plus typiques. Actuellement il discute le mécanisme du pouls dicrote, et après avoir critiqué les opinions différentes de Burdon Sanderson, Anstie et Balthazar Forster, il pense qu'il n'est pas absolument causé par le reflux du sang vers les valvules sygmoïdes abaissées, car on peut le produire même quand ces valvules sont supprimées. Le Dr Galabin croit que le dicrotisme est produit surtout par l'abaissement de la pression artérielle. Plus le dicrotisme est marqué, plus la tension artérielle est faible.

A. GOUGUENHEIM.

The passage of white corpuscles through the capillaries (Du passage des globules blancs à travers les parois des capillaires), par W. Laidlaw PURVES, brit. med. associat. (*Brit. med. journ.*, 6 *sept.* 1873.)

L'auteur dit n'avoir pas trouvé d'ouvertures dans l'endothélium des capillaires, soit avant, soit pendant l'inflammation. Les globules blancs

se frayent un passage, qui se ferme, après qu'ils ont traversé la paroi. Ce passage est entre les cellules endothéliales et surtout dans les points de contact de trois de ces cellules. Sauf cette particularité, il n'y a pas trace d'altération dans la paroi des vaisseaux.

Ce fait a déjà été établi par M. Hayem. (V. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869.) A. GOUGUENHEIM.

Sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la paroi thoracique, note de MM. G. CARLET et I. STRAUS. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 29 *sept.* 1873.)

Parmi les nombreuses questions qui soulève l'opération de l'empyème, une des plus intéressantes est celle-ci : après l'ouverture de la plèvre, le poumon reste-t-il immobile ou se meut-il dans une certaine mesure ? MM. Carlet et Straus ont expérimenté, par la méthode graphique, au moyen de deux pneumographes de Marey, et d'un tube en caoutchouc introduit dans la fistule pleurale d'un sujet qui avait subi trois mois auparavant l'opération de l'empyème. Les tracés obtenus dans ces circonstances, et dont une figure accompagne la note de MM. Carlet et Straus, montrent clairement, par l'étude de l'effort de la toux, que le poumon du côté lésé suit, dans une certaine mesure, les mouvements de la cage thoracique, se développant pendant l'inspiration et se rétractant pendant l'expiration. Ils démontrent de plus que pendant l'occlusion de l'ouverture thoracique, il y a exagération des phénomènes précédents, et que, par suite, on devra, après l'opération de l'empyème, tenir la plaie fermée, aussi hermétiquement que possible, au moyen d'un appareil de caoutchouc. Les efforts répétés, après l'opération, constitueront donc une sorte de gymnastique pulmonaire que le médecin pourra utilement employer.

Dans une nouvelle note (compte rendu, 3 novembre 1873), MM. Carlet et Straus complètent cette étude par quelques éclaircissements historiques, particulièrement au point de vue de la *hernie du poumon*, dont Malgaigne avait donné la théorie, constatant le développement du poumon, au moment de l'effort, malgré l'ouverture du thorax.

M. DUVAL.

L'urée dans le diabète artificiel, par M. H. JEANNERET. (*Thèse inaug., Berne*, 1873.)

L'auteur empoisonne un chien par l'oxyde de carbone pour avoir un diabète passager. L'expérience était instituée de telle sorte que l'animal se trouvait dans un équilibre d'azote relativement à un chiffre d'urée constant, et après une série de jours normaux pendant laquelle la quantité d'urine et le chiffre d'urée contenu furent déterminés. L'auteur laissa arriver l'asphyxie et put la renouveler 7 fois en 2 heures. L'urine de ce jour réunie avec soin montra dans 3 essais de ce genre une augmentation

de quantité et un chiffre d'urée plus fort que les jours précédents ; de plus elle contenait du sucre, 1,58 dans le 1er essai, 0,79 dans le 2e, 2,53 dans le 3e.

L'auteur ne croit pas que la diurèse suffise pour expliquer l'augmentation de l'urée, car d'autres expériences montrent qu'une augmentation de 100cc d'urine n'amènent que 0,3 d'augmentation d'urée. Il croit que dans ses expériences l'accroisement de la quantité d'urée provient d'un dédoublement plus considérable de l'albumine. H. CH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

An Introduction to Pathology and morbid Anatomy, (Introduction à la pathologie et à l'anatomie pathologique), par T. Henri Green. (2e éd. *London.*)

Compte rendu de 422 autopsies faites à l'hôpital communal de Copenhague, du 1er sept. 1871 au 1er sept. 1872, par Ch. Fenger. (*Nordiskt med. Arkiv.*, t. V, 3e partie, no 18.)

Sectionsbefund nach Schuss in den Mund (Résultats d'autopsie à la suite d'un coup de feu dans la bouche), par le Dr Trautmann, de Breslau. (*Archiv für Ohrenheilk*, t. II, p. 101.)

Die normalen und abnormen Bestandtheile der Impflymphe (Les éléments normaux et anormaux de la lymphe vaccinale), par le Dr Petry, de Graz. (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, nos 33 et seq.)

Complete transposition of the Viscera (Inversion complète des viscéres), par le Dr Nixon. (*Soc. Path. de Dublin. — Dublin Journal,* octobre.)

Monstre appartenant à la famille des ectroméliens ; présentation à la 6e conférence du collége médical de l'hôpital civil de Trieste, par le Dr Camelli. (*Il Morgagni*, fasc. VI, p. 430.)

Monstre acéphale, par MM. de Soyre et Chantreuil. (*Bull. de la Soc. Anat.*, 5e série, t. VIII. XLVIIIe année, p. 224.)

Mémoire sur les monstres ischiopages de la famille des monomphaliens (I. G. Saint-Hilaire), par M. le Dr Houel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, p. 263.)

Lebende Doppelmissbildung (Monstre double vivant), par le Dr Witte. Soc. obstétric. de Berlin, séance du 22 avril. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 45.)

Cranio e cervello di un idiota microcefalo ventenne (Crâne et cerveau d'un idiot microcéphale âgé de 20 ans), avec 1 planche et 4 fig., par le Dr A. Valenti. (*Rivista clinica*, no 2, p. 33.)

Secondo caso d'estrofia della vescica (Deuxième cas d'exstrophie de la vessie), traité par le Dr J. Ruggi. (*Rivista clinica*, n° 2. p. 43.)

Absence de l'anus avec abouchement anormal du rectum, opération par la méthode périnéale, mort, par Julliard. (*Gaz. des Hôp.*, p. 742.)

Storia di un tumore intra-cranio svoltosi nell'aracnoide nel punto di unione del cervelletto col midollo allungato (Histoire d'une tumeur développée dans l'arachnoïde au point d'union du cervelet avec la moelle allongée), par le Dr J. Casotti. (*Rivista clinica de Bologne*, juillet, fasc. 7, p. 207.)

Hémorrhagie de la protubérance, par M. Debove. (*Bull. de la Soc. anat de Paris*, 5e série, t. VIII, 38e année, p. 374.)

Glio-sarcome du cerveau. Hémiplégie et attaques épileptiformes, par M. Sevestre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 307.)

Anévrysmes miliaires dans un cas d'hémorrhagie cérébrale chez une jeune fille de 19 ans, épileptique depuis 6 ans environ, non réglée, par M. Hervey. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 221.)

Ivresse, — fracture du crâne, — hémorrhagie méningée, — fausse membrane tapissant la dure-mère, par M. Landouzy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38 année, p. 376.)

Ueber Neubildung von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten an der Oberflache der Windungen (Néoformation de tissu cérébral sous forme de tumeurs à la surface des circonvolutions), par le Dr Th. Simon, de Hambourg. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, LVIII, liv. 2.)

Ueber einige Beziehungen zwîschen secundären Degenerationen und Entwickelungsvorgängen im menschlîchen Rückenmark (Sur quelques relations qui existent entre les dégénérescences secondaires et le développement graduel de la moelle épinière chez l'homme). (*Archiv der Heilkunde*, p. 464.)

Contribuzione all'anatomia patologica del gran simpatico (Contribution à l'anatomie pathologique du grand sympathique), par le Dr P. Foa. (*Rivista clinica, de Bologne*, juillet, fasc. 7e, p. 205.)

Anatomische Beschreibung eines Acardiacus (Description anatomique d'un acardiaque), par Moldenhauer. (*Archiv für Gynækologie*, t. V, fasc. 2 Berlin.)

Inocclusion du trou de Botal chez une femme de 50 ans, par M. Moreau. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 213.)

Adhérences généralisées du péricarde, par M. Landouzy. (*Idem*, p. 260.)

Kyste fibrineux du cœur gauche avec dégénérescence centrale puriforme, par M. Debove. (*Idem*, p 295.)

Affection cardiaque rhumatismale ayant déterminé des embolies multiples. (Encéphale, reins, rate, poumons), maladie de Bright, par M. A. Sevestre. (*Idem*, p. 293.)

Endocardite ancienne, rétrécissement et insuffisance mitrale, coagulation sanguine dans l'oreillette gauche simulant un anévrysme, par M. Andral. (*Idem*, p. 328.)

Endocardite végétante chez une femme morte d'angine couenneuse, par M. Landouzy. (*Idem*, p. 279.)

Endokarditis ulcerosa mit Embolie d. linken Arteria fossæ Sylvii (artère gauche de la scissure de Sylvius), par Leichtenstern. (*Würtemb. Corr-Bl.*, XLIII.)

Befund eines angeborenen Herzfehlers (Description d'une lésion congénitale du cœur trouvée à l'autopsie), par le Dr Schuhmacher, de Salzbourg. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 854.)

De la mort dans le cours des affections cardiaques, à propos d'un cas de mort produit par une concrétion fibrineuse de l'auricule gauche, par le Dr E. Lancereaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, p. 252.)

Zur Lehre vom Fettherz (Sur la dégénérescence graisseuse du cœur), par Curschmann. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 12e vol.)

Myxome pédiculé développé sur la valvule tricuspide, par M. Debove. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 247.)

Anévrysme de la crosse de l'aorte, avec compression de la bronche, de l'artère pulmonaire et du pneumogastrique gauches: atrophie du cœur, pneumonie fibrino-caséeuse et granulations du poumon gauche, par MM. V. Hanot et Ducastel. (*Idem*, p. 279.)

Cyanose: Rétrécissement de l'artère pulmonaire; communication interventriculaire, endocardite végétante; pneumonie caséeuse; mort, par M. Ch. H. Petit. (*Idem*, p. 408.)

Rupture of the aorta (Rupture de l'aorte), par le Dr Gerald Yeo. (*Soc. path. de Dublin.— The Dublin Journal.* Octobre.)

Anévrysme de l'aorte rompu dans le péricarde, par M. Eymery. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 468.)

Anevrysma aortœ; aneurysma in Ventrikelscheidewand (-cloison ventriculaire), par Bleuler. (*Schweiz. Corr.-Bl.*, p. 236.)

Fall von vollständiger Verstopfung der Aorta abdominalis, an der Theilungsstelle, in Folge wahrer Herzthrombose, nach abgelaufenem Erysipelas faciei (Cas d'obstruction complète de l'aorte abdominale au niveau de sa bifurcation, à la suite d'une thrombose cardiaque vraie, consécutive à un érysipèle de la face), par Tutschek. (*Bayer. ærztl. Int.-Bl.*, t. XX, p. 18.)

Note sur un cas de thrombose très-étendue de la branche droite de l'artère pulmonaire, par le Dr Humbert Mollière. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 43.)

Anévrysme du tronc brachio-céphalique; rupture dans la partie antérieure de la trachée, par M. Ory. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 311.)

Embolie de l'artère fémorale gauche survenue chez un sujet atteint de pneumonie et d'athérome de la partie supérieure de l'aorte, par M. Hervey. (*Idem*, p. 216.)

Anévrysme fusiforme vrai de l'artère poplitée, par HUBERT. (*Idem*, p. 495.)

Thrombose de la veine porte, par CARSON. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juin.)

Zur pathologischen Anatomie des Kehlkopfs (Contribution à l'anatomie pathologique du larynx) par le Dr Adolphe OTT. (*Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde, de Prague*, vol. 118, p. 13.)

Cancer des ganglions du cou propagé au larynx, par M. STOÏCESCO. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 296.)

Cancer du poumon, par J. A. WALDENSTRÖM. (*Upsala Lækareforen.* t. IV, p. 364.)

Di un cancro primitivo del polmone a cellule cilindriche, con riproduzione nel cervello e nell'osso frontale (Cancer primitif du poumon à cellules cylindriques, avec reproduction dans le cerveau et dans l'os frontal) avec 2 fig., par le Dr H. MARCHIAFAVA. (*Rivista clinica, de Bologne*, mai, fasc. 5e, p. 150.)

Angioleucite suppurée du poumon, par M. CHEVALET. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér , t. VIII, 38e année, p. 252.)

Épithélioma de l'œsophage, de la trachée et du corps thyroïde, par G. MARCANO. (*Idem*, p. 451.)

Cancer de l'œsophage avec caverne pulmonaire de nature gangrèneuse, par MM. ANDRAL et H. DURET. (*Idem*, p. 325.)

Hypertrophie considérable et partielle du tissu interstitiel de la rate dans un cas d'intoxication palustre, par M. CHOUPPE, interne des hôp. (*Progrès méd.*, no 16, p. 184.)

Kyste hydatique du foie ouvert dans les conduits biliaires, par A. SEVESTRE. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII. 38e année, p. 416.)

Hydatides du foie et du cœur, par M. BOURCERET. (*Idem*, p. 257.)

Péritonite à la suite d'une inflammation de la vésicule biliaire, par M. DEBOVE. (*Idem*, p. 490.)

Cancer du canal cholédoque; thrombose de la veine porte, par MM. BOURCERET et COSSY. (*Idem*, p. 347.)

Cancer du péritoine, du foie, du pancréas, des capsules surrénales; envahissement par le cancer des parois de la veine porte et de la veine cave, par P. FOURNAISE, de Roncy, (Aisne.) (*Ann. de la Soc. méd. de Gand*, p. 176.)

Cancer du mésentère; squirrhe atrophique; étranglement interne, par M. VIOLLET. (*Bull. de la Soc. anat, de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 342.)

Entérite chronique villeuse, par M. HENRIET. (*Idem*, p. 250.)

Cancer du pylore, par J. TYSON. (*Philad. med. Times*, avril.)

Invagination des Ileum ins Colon, par le Dr PONFICK. Pièces présentées à

la Société obstétricale de Berlin, séance du 13 mai. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45.)

Occlusione intestinale prodotta dalle ossa d'un dito di maiale ingoiato e soffennatosi nel retto (Occlusion intestinale produite par les os d'un doigt de porc avalé et arrêté dans le rectum), par le Dr D. Rasi. (*Bull. delle sc. med.*, janvier, p. 36.)

Maladie bronzée; lésions des capsules surrénales; utérus bicorne, par M Hervey. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e sér., t. VIII, p. 215.)

Rein kystique consécutif à l'oblitération d'un uretère par un calcul, par M. Ory. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 313.)

Ueber Diphterie der Nieren (—reins), par Faber. (*Würtemb. Corr.-Bl.*, p. 12.)

Dégénérescence kystique du rein avec calculs, par G. W. Linn. (*Philad. med. Times*, mai.)

Carcinome médullaire du testicule, par M. Marcano. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 299.)

Lésions tuberculeuses des organes génitaux, lésions de nutrition, par M. Parrot. (*Idem*, p. 394.)

Fibro-myome de la grande lèvre, par M. G. Marcano. (*Idem*, p. 388.)

Idrocele del cordone rotondo dell'utero (Hydrocèle du ligament rond de l'utérus), par le Dr D. Severi. (*Rivista clinica*, n° 1, p. 10.)

Utérus et vagin double chez une femme accouchée quelque temps auparavant, par M. Hirne, interne des hôpitaux. Discussion, MM. Houel et H. Liouville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér. t. VIII, 38e année, p. 509.)

Cancer du sein, propagation au poumon, à la plèvre, au diaphragme, au péritoine, etc. Rôle des séreuses, par M. Debove. (*Idem*, p. 452.)

Myxo-sarcome de la mamelle, par J. T. Mears. (*Philad. med. Times*, mai.)

Myoma lævicellulare (Leiomyoma) der rechten Brustwarze (Myôme à fibres lisses du mamelon droit), par le Dr Sokolow, de Saint-Pétersbourg. (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. LVIII, liv. 2.)

De l'adénome vrai du sein, par A. Fochier, chir. de la Charité. (*Lyon méd.*, n° 21, p. 142.)

On some of the new growths developed in the breast associated with cysts (Sur quelques tumeurs du sein associées avec des kystes), par John Birkett. (*Guy's Hospital Reports*, 3e sér., vol. XVIII.)

Final issue of extreme curvature of the spine (Terminaison d'une courbure extrême de la colonne vertébrale), par Russel. (*Med. Times and Gaz.*, août, p. 120, 226.)

Corps étranger ayant séjourné dans l'ethmoïde sans donner lieu à des symptômes cérébraux, par LANGENBECK. Soc. méd. de Berlin, 25 juin. (*Berlin. klin. Wochens.* n° 41.)

Bones of the stump, after amputation of a portion of the foot (Os du moignon d'une auputation partielle du pied), par B. W. SMITH. Pièce présentée à la Société pathologique de Dublin, séance du 15 mars. (*The Dublin Journ. of med. Sc.*)

Anatomie d'un moignon d'amputation; hématome kystique probablement formé dans un ganglion inguinal, par DRANSART, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 508.)

Note sur une tumeur du fémur, par A. PICARD. (*Idem*, p. 467.)

Enchondrome de la cuisse, par M. CADIAT. (*Idem*, p. 493.)

Myxosarcome de la partie interne de la cuisse droite, par M. LAGHANGE. (*Idem*, p. 230.)

Cancer of femur after cancer of breast (Cancer du fémur consécutif à un cancer du sein). *Guy's Hospital*. par BRYANT. (*Med. Times and Gaz* ,1 nov., t. II, p. 496.)

Medullary sarcoma of the femur ; death; post-mortem examination (Sarcome médullaire du fémur; mort; autopsie.) *University College Hospital*. par BERKELEY HILL. (*Idem*, 15 nov., t. II, p. 547.)

Ivory exostosis (Exostose éburnée), par W. C. B. FIFIELD. (*The Boston med. and surg. Journ.*, oct., p. 325-331.)

Spina bifida sacrée (Double luxation congénitale, double varus), par HOUEL. (*Soc. de Chir. Gaz. des Hôp.*, 1053.)

Sarcome de l'avant-bras, par M. LEMAISTRE, interne des hopitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38r année, p, 338.)

Epithélioma de la racine de l'ongle, par M. ROBIN, interne des hôpitaux. (*Idem*, p. 421.)

Lésions tuberculeuses des jointures, des poumons, de l'utérus (métrite caséeuse), par M. DEBOVE. (*Idem*, p. 375.)

Des déformations produites par le rhumatisme articulaire chronique, par M. CHARCOT. (*Progrès méd.*, p. 242 et 269.)

Cancer mélanique de la peau; récidive et propagation ganglionnaire, par M. MARCANO. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér. t. VIII, 38e année, p. 315.)

A case of melanotic tumour developed near a congenital mole (Tumeur mélanique développée sur une tache de naissance), par FRANCIS MASON. (*British Med. Journ.*, n° 666.)

Sarcome mélanique développé sur un nævus pigmentaire. Aspect carcinomateux d'une partie de la tumeur, par H. DURET. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 38e année, p. 290.)

Cancer colloïde généralisé, par V. HANOT, interne des hôpitaux. (*Idem*, p. 453.)

Multiples myelom, par J. V. Rustizky. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, III, nº 1 et 2, sept.)

Entwickelung eines Epithelioms in einer Atheromcyste (Développement d'un épithéliome dans un kyste sébacé), par le Dr Weichselbaum. (*Wiener med. Wochenschritt*, p. 831.)

On the granular cell found in ovarian fluid (Sur les cellules granuleuses trouvées dans le liquide des kystes de l'ovaire), par Thomas M. Drysdale. (*Transact. of the American med. Assoc. Phil.*)

Der Entzundungsprozess (Processus inflammatoire), par S. Samuel, Leipzig.

Ueber die Bedeutung der Spaltraüme des Bindegewebes für die Ausbreitung der enzündlichen Processe (Propagation des inflammations par les fentes du tissu conjonctif), par F. König, (*Sammlung klinischer Vortræge, von R. Volkmann*, Leipzig.).

Der Wiederstand der Gefässwände im normalen Zustande u. während der Entzündung (Parois des vaisseaux à l'état normal et dans l'inflammation), par F. V. Winiwarter. — Vienne.

Ueber den Einfluss der krystallinischen und des amorphen Chinins auf die weissen Blutzellen und die Eiterbildung (De l'influence comparée de la quinine amorphe et cristallisée sur les globules blancs du sang et la suppuration), par G. Kerner. (*Pflüger's Arch.*, t. VII, p. 122-139.)

Rapport sur l'inoculabilité de la tuberculose par la viande d'animaux tuberculeux, par le Dr Wannebroucq. (*Bul. méd. du Nord*, nº 6.)

Dilacération de la substance de la moelle chez un chien, et injection de teinture d'iode dans le tissu dilacéré, mort au bout de 3 jours; altération graisseuse des muscles des membres postérieurs, par le Dr Joffroy. (*Séance de la Soc. de Biol.* du 29 avril 1872 et *Gaz. méd. de Paris*, nº 41.)

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

ANALYSES.

On megrim, sick-headache, and some allied disorders : a contribution to the pathology of nerve-storms (De la migraine, du mal de tête douloureux et de quelques autres troubles connexes : contribution à l'étude pathologique des attaques nerveuses), par Edward LIVEING. (*Londres, chez J. et A. Churchill,* 1873.)

Il y a dix ans environ que l'auteur étudie ce sujet et qu'il en a fait l'objet de divers travaux. Ce sont ces travaux, qui coordonnés et ajoutés les uns aux autres, constituent ce volume, qui est considérable, puisqu'il contient plus de 500 pages. C'est la première fois que cette affection si vulgaire, et dont la pathogénie est encore bien obscure, est traitée d'une façon aussi longue. Certes, il y a une place très-large pour la critique dans cet ouvrage, car à côté de descriptions d'une précision très-louable, il y a une partie de l'ouvrage où l'auteur donne une large carrière à des vues un peu théoriques. C'est surtout la partie exposée sous le nom de contribution à l'étude pathologique des accès nerveux qui me paraît passible de cette appréciation. Quant au reste du livre, il est sagement conçu et clairement écrit. L'auteur y fait preuve d'une érudition de bon aloi et dont on s'assure facilement, en parcourant l'immense index bibliographique qui termine cet ouvrage ; il étaye toutes ses descriptions, non pas seulement de son observation personnelle, mais de citations très-variées d'auteurs de tous les pays ; ces observations, très-nombreuses, sont quelquefois trop concises et trop peu concluantes, reproche que je ferai même à celles qui sont données comme les plus importantes. Enfin cet estimable et sérieux ouvrage est terminé par des tableaux d'observations qui complètent et contrôlent les assertions de l'auteur et par une planche qui met en lumière un des signes d'une variété très-intéressante de la migraine, variété qui est une des originalités de ce livre.

L'ouvrage est divisé en sept chapitres.

Le premier est consacré à la définition de la maladie et à l'énonciation des diverses formes ou variétés de la maladie, formes qui s'enchevêtrent souvent les unes dans les autres, de manière à ne produire en réalité que des degrés de l'affection ; parfois, pourtant,

le signe principal de ces variétés peut être si prédominant, qu'il légitime en quelque sorte la division de l'auteur. Ces variétés sont : 1° l'hémicranie, décrite avec soin par Du Bois Reymond ; 2° le mal de tête douloureux généralisé (Sick-headache de Fothergill), sans localisation précise de la douleur comme dans la précédente forme ; 3° le mal de tête compliqué d'amblyopie plus ou moins complète (Blind-headache). C'est la forme décrite par Parry, l'auteur, et aussi par M. Piorry ; c'est la description la plus intéressante de ce livre ; 4° une forme très-sérieuse et d'un caractère bien plus inquiétant, dont l'auteur emprunte la description à Lebert, et de laquelle il donne dans son ouvrage quelques exemples. Dans cette forme l'on rencontrerait des troubles de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité, ayant quelque analogie avec les signes des affections cérébro-spinales graves, troubles du reste tout à fait passagers. Ces diverses variétés peuvent ou n'être que des transitions successives ou des formes distinctes se transformant l'une dans l'autre chez certains sujets.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étiologie de la migraine : l'auteur y étudie l'influence du sexe et de l'âge ; les femmes y seraient plus sujettes. C'est habituellement au moment de la puberté que se montre la migraine ; plus tard elle a une tendance à l'amoindrissement et même à la disparition, au fur et à mesure des progrès de l'âge. L'hérédité joue dans l'étiologie un rôle incontestable, et c'est même dans ces cas que la migraine se montre à un âge quelquefois très-précoce au moment de la deuxième dentition, par exemple. A ce propos l'auteur, anticipant sur un chapitre fort intéressant de son ouvrage, nous montre des cas où la migraine se produit chez des sujets nés de parents névropathiques et remplace des affections nerveuses très-différentes ; et alors mettant ces cas à profit, il noue en quelque sorte une chaîne entre la migraine et des affections nerveuses très-variable , l'épilepsie tout d'abord, l'hystérie, l'asthme, le spasme glottique, les névralgies, le tic douloureux, etc. Il arrive ensuite à établir le mode paroxystique et intermittent de la maladie. L'intermittence peut être fort variable et le type peut changer suivant l'intensité de l'accès ; après un accès très-fort il peut y avoir, en effet, une suspension très-longue et une interruption dans la régularité avec laquelle ils surviennent. Quant aux paroxysmes, l'auteur fait observer que, comme dans les affections nerveuses, une sécrétion abondante, un fort vomissement, une hémorrhagie, en un mot l'apparition d'un phénomène critique, peut mettre fin à l'accès ; enfin, pour compléter la comparaison, le retour à la santé normale est la règle après les accès.

L'auteur termine ce chapitre par l'étude des causes déterminantes de l'accès, telles que les troubles de l'estomac et de l'intestin, la période cataméniale, les émotions, les fatigues corporelles, l'abstinence d'aliments, le sommeil, les veilles, les impressions

sensorielles les plus variées de l'ouïe, de l'odorat et de la vue surtout, enfin, les influences atmosphériques, sans oublier l'influence des causes morbides sur l'aggravation d'un simple accès.

Le troisième chapitre est une description clinique fort longue et intéressante, dans laquelle l'auteur passe en revue et étudie les signes dont la réunion forme le paroxysme. Ces signes ne se rencontrent pas constamment dans les attaques de migraine ; en outre, quelques-uns même, comme je l'ai dit plus haut, peuvent prédominer tellement dans un accès, qu'ils constituent une véritable variété. Tout d'abord, nous voyons figurer le caractère *unilatéral* ou *bilatéral* de la douleur. Cette douleur, dans le cas d'unilatéralité, n'a pas de siége de prédilection d'un côté ou d'un autre, et les autres signes peuvent se montrer aussi bien du même côté que du côté opposé. *Les troubles de la vue* sont minutieusement décrits et d'une manière originale. C'est d'après ses propres observations et celles de Parry, d'Airy et de Piorry que l'auteur a étudié ce signe important. On observe une oblitération complète ou partielle de la vue, le plus souvent d'un côté. L'obnubilation débute par la sensation d'un petit cercle sombre, au milieu de l'ouverture pupillaire ; ce cercle s'aggrandit peu à peu, et alors le champ de la vision est entièrement envahi. Ce n'est pas un cercle parfait qui se forme, mais plutôt une sorte de figure polyédrique, dont les angles aigus rappellent tout à fait, suivant Fothergill et Parry, les angles des *enceintes fortifiées*. Ces coins sont lumineux, et les couleurs que perçoit le malade rappellent entièrement celles du spectre solaire. Les malades perçoivent ces sensations habituellement d'un seul côté, mais ils sont susceptibles de les accuser de l'autre côté si on ferme l'œil affecté. L'examen ophthalmoscopique a été fait par Hughlings Jackson pour constater l'état du fond de l'œil, à diverses reprises ; il n'a révélé la présence d'aucune lésion.

Les troubles du toucher ont été observés aussi, mais moins souvent que les précédents. Ils consistaient en fourmillements, et anesthésie d'un côté ; ces fourmillements partaient des doigts, envahissaient les bras, puis les régions du cou, de la face du même côté ; enfin les lèvres, les joues et la langue pouvaient participer à cette insensibilité. Ces signes tout à fait passagers disparaissaient entièrement, comme les précédents, après l'attaque et duraient généralement peu de temps. En même temps que l'anesthésie il pouvait aussi exister de l'akinésie, et on a rencontré parfois de véritables hémiplégies. Ces troubles, comme ceux de la vue, devancent habituellement la douleur de tête, et ,à ce propos, l'auteur fait remarquer l'analogie qu'on peut établir entre ces signes prémonitoires et l'*aura* qui précède l'attaque d'épilepsie.

Les troubles de la parole ont été rencontrés dans quelques cas aussi. Andral et Lebert les ont cités, ils coïncident habituellement avec les signes que j'ai énumérés précédemment. L'aphasie peut

être complète ou incomplète, mais les facultés intellectuelles sont tout à fait intactes. On peut aussi observer une véritable incoordination dans la pensée, et parfois les malades désignent vicieusement des objets qu'ils reconnaissent parfaitement. Dans d'autres cas cette difficulté de la parole tient à une amnésie tout à fait passagère, et dont il ne resterait plus de trace après l'accès. A cette occasion l'auteur regrette, et nous sommes de son avis, que les observations ne soient ni plus nombreuses ni plus complètes. Chez les migraines ces troubles de la parole coïncident le plus souvent, ainsi que le prouve la statistique, avec les signes de paralysie ou d'anesthésie du côté droit, analogie frappante avec ce qui a lieu dans le cours des lésions de l'hémisphère cérébral gauche. Dans quelques cas ces troubles peuvent se montrer quand la parésie et l'anesthésie existent des deux côtés à la fois ; mais on ne les aurait jamais observés dans ceux où l'on aurait rencontré les symptômes paralytiques à gauche.

Les troubles psychiques ont existé dans quelques cas d'une manière tout à fait passagère. La mémoire des malades pouvait faire entièrement défaut, et leurs réponses devenaient inintelligibles ; dans d'autres cas, on a observé, sans motif occasionnel, des frayeurs excessives, et des appréhensions non justifiées, se dissipant dès qu'apparaissait la douleur migraineuse.

Le vertige forme quelquefois le caractère prémonitoire et même principal de l'attaque. Dans ces cas les malades voient les objets tourner autour d'eux, d'autres fois ils ont surtout un trouble profond de l'équilibre. Dans quelques observations, cette sensation a remplacé entièrement la migraine. Elle disparaît le plus souvent quand les malades se mettent au lit et ferment les yeux. Trousseau aurait rencontré cette variété de migraine chez des goutteux.

Le mal de tête ne présente dans la description de l'auteur aucune particularité qui mérite d'être relevée. Il en est de même pour la nausée et le vomissement.

L'auteur arrive ensuite à un signe assez rare, et qu'il désigne sous le nom *d'assoupissement ou de sopor* (drowsiness), et à ce propos, il a soin de bien distinguer ce signe du sommeil réparateur, qui naturellement termine l'accès. Cet assoupissement est pénible, désagréable pour le malade, il se rencontre soit au commencement soit au milieu, soit vers le déclin et sans jamais amener de soulagement. L'auteur rapproche ce sopor de celui que l'on rencontre avant l'attaque d'asthme chez certains asthmatiques, de celui qui caractérise certains genres de fièvre intermittente et enfin du sopor presque comateux qui suit l'attaque d'épilepsie.

La migraine se termine enfin, soit spontanément, soit par le sommeil, soit par le vomissement.

Le chapitre IV est consacré à l'étude des affinités, qui relient

suivant l'auteur, la migraine aux autres névroses. Nous avons déjà vu dans les chapitres précédents la tendance qui portait Liveing à ces rapprochéments. Dans la première partie de ce chapitre il démontre que, de même que les autres névroses, la migraine se distingue par la faculté de se transmettre héréditairement, en alternant, soit chez le même sujet, soit chez les différents membres d'une même famille, avec d'autres névroses, l'épilepsie, l'asthme, l'histérie, etc.; elle se caractérise aussi par son existence à un âge déterminé de la vie, et surtout par ses paroxysmes et ses retours périodiques, le plus souvent assez réguliers. En dernier lieu elle présente une allure assez commune dans toutes les névroses, c'est de disparaître quelquefois pour un temps assez long, après une attaque assez longue, probablement à cause du grand épuisement qui suit l'excitation nerveuse intense. Les mêmes causes qui provoquent l'apparition d'autres névroses favorisent celles de la migraine; de même certains états peuvent modifier ou suspendre la migraine pendant leur durée, la grossesse et l'état puerpéral, par exemple, comme cela a été observé, on le sait, dans d'autres névroses et surtout dans l'épilepsie. L'auteur termine ce chapitre en décrivant longuement et en s'appuyant sur des autorités éminentes, les transformations les unes dans les autres et chez le même sujet des différentes névroses. Ainsi, certains migraineux auraient présenté par moment soit de l'épilepsie bien nette, soit des attaques d'asthme, soit de l'angine de poitrine, soit des torticolis, soit des troubles intellectuels, pouvant aller jusqu'à la folie complète; enfin on aurait pu aussi observer des gastralgies et des spasmes des premières voies respiratoires. Ce chapitre, plein d'intérêt, mérite d'être lu avec soin.

Le chapitre V est consacré à la pathogénie de la migraine l'auteur y expose les différentes doctrines qui ont été soutenues à cet égard, l'origine gastrique, utérine, ophthalmique, la théorie des actions réflexes ou celle des nerfs d'arrêts, des troubles circulatoires des différents territoires vasculaires ; enfin il retrace assez longuement la théorie bien connue de Du Bois Reymond et de Mollendorf, celle de ses compatriotes Latham et Anstie, et ne se trouvant satisfait d'aucune de ces doctrines, il expose son opinion. Il pense que les attaques de migraines sont le résultat *d'orages nerveux ou d'explosions nerveuses* (*nerve storms*). Cette idée lui aurait été inspirée tout d'abord par la lecture d'un passage de Willis. En vertu d'une tendance héréditaire ou d'une disposition morbide du système nerveux, il se produirait suivant l'auteur, des accumulations irrégulières du fluide nerveux sur différents points de ce système, formant, en quelque sorte, de véritables foyers. Si la tension devient excessive dans un de ces foyers, l'équilibre se rompt, c'est là l'origine de l'attaque à la suite de laquelle l'équilibre se rétablirait jusqu'à la prochaine explosion. Ce serait là aussi

l'explication des transformations des névroses chez le même sujet. Je ne vois pas bien pourquoi l'auteur préfère dans ces cas la théorie du fluide nerveux à celle des troubles circulatoires qui ont en leur faveur des arguments physiologiques bien supérieurs. Aussi, ne le suivrai-je pas sur ce terrain des hypothèses où il s'arrête trop longuement.

Le chapitre VI est consacré aux migraines que l'auteur appelle symptomatiques, et il fait une part assez grande et très-justifiée à la migraine des goutteux. Il donne aussi des détails assez intéressants sur la migraine paludéenne, décrite par Macculloch sous le nom de *malarial megrim*. Enfin l'ouvrage se termine par les migraines, soit symptomatiques d'affections cérébrales, soit associées à ces maladies.

Le chapitre VII est consacré à la thérapeutique et à l'hygiène. C'est la partie la plus courte et peut-être la moins intéressante de ce long et consciencieux travail. A. GOUGUENHEIM.

De la compression lente de la moelle épinière ; leçons de M. CHARCOT, recueillies par M. Bourneville. (*Mouv. méd.*, 1873, *n*os 9, 11, 16, 18, *p.* 105, 129, 193, 221 ; *et Progrès méd.*, *n*os 1, 4, 6, 9, 11, 14, 15, *p.* 1, 37, 61, 97, 121, 157, 169.)

Il existe une forme de paraplégie particulière qui résulte de la compression lente de la moelle par des lésions organiques fort diverses, inflammatoires ou autres. Quelle que soit la cause de cette compression, les effets en sont à peu près les mêmes, et ne varient que suivant la région de la moelle qui se trouve intéressée. M. Charcot classe ainsi les lésions qui peuvent amener les phénomènes paraplégiques dont il s'occupe : 1° produits ayant débuté en dehors du canal rachidien, mais pouvant s'introduire dans ce canal par la voie des trous de conjugaison ; 2° produits pouvant se développer : *a*) dans les os ou le périoste ; *b*) dans le tissu cellulo-graisseux extérieur à la dure-mère (périméningé) ; *c*) aux dépens des racines et des troncs nerveux ; *d*) dans la dure-mère ou dans l'arachnoïde et la pie-mère ; *e*) enfin, dans la moelle elle-même.

Les lésions qui, nées de la moelle elle-même, peuvent produire les symptômes qui nous occupent, sont le gliome, le tubercule solitaire, la gomme, la dilatation kystique du canal central.

Dans les méninges se développent surtout des tumeurs bénignes, au moins primitivement. Ce sont les diverses variétés du sarcome, le psammome, les échinocoques, et les néoplasies inflammatoires. Celles-ci comprennent la pachyméningite interne et la pachyméningite cervicale hypertrophique.

Dans le tissu cellulo-graisseux du rachis, on trouve le carcinome

secondaire, le sarcome, les kystes hydatiques ; les abcès venant du dehors par les trous de conjugaison, des anévrysmes qui usent la colonne vertébrale peuvent encore comprimer la dure-mère et la moelle. Des névromes, fibromes et myxomes, nés sur les nerfs à leur origine, refoulent la dure-mère et pressent la moelle. Les lésions les plus importantes à considérer sont celles des vertèbres : les hyperostoses syphilitiques, l'arthrite sèche des articulations vertébrales n'ont qu'un intérêt insignifiant, tandis que le mal de Pott, le cancer vertébral, produisent un grand nombre de paraplégies. Le mécanisme suivant lequel la carie vertébrale comprime la moelle n'est bien connu que depuis la thèse de Michaud ; c'est une pachyméningite externe caséeuse, qui forme champignon et comprime le cordon médullaire. Le mal vertébral cancéreux est rarement primitif ; les vertèbres ramollies s'affaissent et compriment les troncs nerveux à leur passage à travers les trous de conjugaison, en produisant des douleurs névralgiques etdes paralysies ; ou bien les masses cancéreuses font saillie hors du corps des vertèbres, repoussent et détruisent la dure-mère et se trouvent intéresser la moelle directement.

Quelle que soit sa cause, la compression produit très-rapidement une myélite transverse avec sclérose consécutive ascendante des cordons postérieurs, descendante des cordons latéraux. Ces lésions ont été bien étudiées déjà.

La paraplégie qui en résulte est curable, au moins pour le mal de Pott ; cette curabilité est assez fréquente chez les femmes de la Salpêtrière, lorsqu'elles peuvent surmonter les premières phases du mal et ne présentent pas d'abcès visibles à l'extérieur. M. Charcot a pu examiner l'état de la moelle chez un femme dont la paraplégie, suite de mal de Pott, avait disparu depuis deux ans. Au niveau du point de compression, la moelle avait le volume du tuyau d'une plume d'oie, et la coupe correspondait au tiers de la surface de section d'une moelle normale ; la consistance était ferme, la couleur grise ; au-dessus et au-dessous, les faisceaux blancs, dans le sens des dégénérations secondaires, étaient occupés par des tractus gris. Mais si cette moelle paraissait arrivée à un état avancé d'atrophie, on pouvait voir au microscope, au sein de tractus fibreux durs et épais, une grande quantité de tubes nerveux munis de myéline et de cylindres d'axe, qui expliquaient par leur présence l'existence du mouvement et de la sensibilité dans les membres inférieurs. La substance grise n'était plus représentée que par une seule corne, où on ne retrouvait qu'un petit nombre de cellules intactes. On ne peut savoir si ces tubes sains se sont reproduits de toutes pièces, ou bien si la myéline seule s'est reproduite autour des cylindres axiles dénudés.

Symptômes. — Il faut reconnaître deux ordres de symptômes dans l'étude de la compression médullaire ; les uns, dus à la com-

pression même, à l'interruption du cours des fibres nerveuses dans la moelle, sont dits intrinsèques ; ils ne varient pour ainsi dire pas suivant les différentes causes de la compression. Les autres sont dits extrinsèques, et leur caractère varie suivant la nature de la lésion qui est en jeu. M. Charcot étudie d'abord les seconds.

Sans négliger les renseignements fournis par l'examen direct de la région, sans négliger la douleur locale dépendant de l'irritation des os ou des méninges, il faut surtout s'attacher aux symptômes résultant de l'irritation des racines ou des nerfs périphériques ; en effet, ils font défaut dans les cas de lésions intra-spinales, et on peut dire avec Cruveilhier, que la douleur vive est un signe de lésion extra-spinale. Ils sont constants et précèdent toujours les phénomènes intrinsèques. On les nomme ordinairement *pseudo-névralgiques*, mais ils dépendent réellement d'une névrite, qui s'accompagne de troubles trophiques, surtout sur la peau, et se distingue d'une névralgie par l'absence des points douloureux. Dans les cas de tumeurs intra-rachidiennes, la douleur pseudo-névralgique occupe souvent une région, un point, une ligne très-limités. Dans le mal de Pott, il s'agit surtout de douleurs en ceinture, de phénomènes qui revêtent les apparences d'une névralgie anti-brachiale, anti-sciatique; souvent, on voit survenir un zona, une atrophie musculaire. Dans les cas de mal vertébral cancéreux, ces douleurs prennent souvent des caractères assez tranchés ; en effet, tantôt le cancer vertébral reste latent, tantôt il amène la compression de la moelle, à peu près sans douleurs prédominantes, tantôt enfin, il occasionne le ramollissement et l'affaissement des vertèbres, et est alors, par la compression des nerfs qui passent par les trous de conjugaison, la source de douleurs dont le caractère est presque spécifique. Dans ce dernier cas, les nerfs sont rouges, tuméfiés à un haut degré, sans changement histologique bien sérieux ; ce n'est que fort tard qu'ils s'atrophient et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse.

M. Charcot réunit les symptômes de la compression des nerfs dans le mal de Pott cancéreux sous le nom de *paraplégie douloureuse des cancéreux;* si la lésion siége dans les vertèbres lombaires, on observe des douleurs en ceinture, le long des nerfs cruraux et sciatiques jusqu'à leurs extrémités ; la peau est hypéresthésiée sur les points qui répondent à la distribution des nerfs douloureux. Ces douleurs sont permanentes, présentent des paroxysmes souvent atroces, et quelquefois des rémissions spontanées. Il faut ajouter à ces phénomènes des accidents plus rares, tels que le zona, une anesthésie cutanée sous forme de plaques, l'atrophie et la contracture de certains muscles. Enfin, on peut observer une déviation de la colonne vertébrale, une douleur locale très-vive sur son trajet.

Toutes les fois qu'on observera une pareille série de symptô-

mes, il faudra rechercher avec soin s'il n'y a pas de tumeur dans un autre point de l'organisme, car bien rarement le cancer de la colonne est primitif.

Ces douleurs ne sont pas cependant tellement caractérisées qu'on ne puisse les confondre avec celles qui existent dans l'ostéomalacie sénile, la pachyméningite cervicale hypertrophique, les anévrysmes aortiques et l'irritation spinale.

Passant ensuite à l'examen des symptômes dus à la compression de la moelle elle-même, le professeur établit de suite une première distinction : tantôt la moelle est comprimée transversalement dans toute son épaisseur, tantôt la compression ne porte que sur une moitié latérale du cordon nerveux ; le premier cas est le plus fréquent. Alors on voit tantôt les troubles sensitifs, tantôt les troubles moteurs ouvrir la marche des symptômes ; mais, si les troubles moteurs ne sont pas les premiers à paraître, ils ne tardent pas à prédominer sur les troubles sensitifs.

Ces phénomènes moteurs sont d'abord la parésie, puis la paralysie avec flaccidité des membres ; puis une rigidité temporaire des muscles, des crampes, des secousses, bientôt suivies d'une contracture permanente qui donne aux membres l'attitude de l'extension, puis celle de la flexion forcée. C'est à ce moment que les actes réflexes prennent une grande intensité dans les muscles situés sous la dépendance des nerfs dont l'origine est au-dessous du point comprimé. On remarque que la vessie conserve l'intégrité de ses fonctions pendant un temps assez long; mais enfin, il peut y apparaître deux ordres de faits bien distincts : quand la lésion siège à la région dorsale ou au-dessus, il y a un spasme permanent des muscles qui joue le rôle de sphincters, et le malade urine par regorgement; mais si elle siège au-dessous, il y a paralysie. Ceci s'explique assez bien avec la théorie de Budge sur l'innervation de la vessie. D'après cet auteur, les muscles sphincters de la vessie sont innervés par des nerfs venant des pédoncules cérébraux, et sortant par les trous sacrés, de 3 à 5. Ils sont sous l'influence de la volonté, et sous celle des nerfs sensitifs de la vessie; si la lésion siège au-dessus du point de la moelle où les nerfs sensitifs ont action sur les nerfs moteurs, il y a spasme continu. Si la lésion siége au-dessous de ce point, les nerfs moteurs, n'étant influencés ni par le cerveau, ni par les nerfs sensitifs, n'agissent plus, et il y a paralysie.

Les troubles sensitifs qui apparaissent par le fait de la compression complète de la moelle sont : le retard dans les sensations, une sorte de *dysesthésie* pas suite de laquelle les moindres excitations donnent naissance à une sensation pénible pour le malade, et dans laquelle domine un sentiment de vibration, et enfin, le phénomène des sensations associées, dans lequel une excitation produite d'un côté du corps amène une sensation perçue dans un point symétrique du côté opposé.

La nutrition demeure le plus souvent normale, mais dans quelques cas, on voit survenir des eschares, des cystites, etc.

Lorsque la compression ne porte que sur une des moitiés latérales de la moelle, qu'elle atteint les parties grises comme les cordons blancs, on voit se dérouler un ensemble de symptômes qu'on peut désigner sous le nom d'hémiplégie spinale avec anesthésie croisée, quand la lésion siége à la région cervicale; d'hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée, quand elle siége au-dessous : symptômes dont M. Brown-Séquard a donné l'explication physiologique. Il y a de plus une anesthésie transverse localisée du côté et au niveau de la lésion. M. Charcot insiste sur ce point que ces phénomènes n'existent que si la moelle est comprimée jusqu'au canal central, car alors les faisceaux qui transmettent les sensations venant du côté opposé, et qui longent le canal après leur entrecroisement, sont atteints, mais si la compression ne porte pas jusqu'au centre et laisse intacts ces faisceaux conducteurs, on observera l'hémiplégie ou l'hémiparaplégie motrice sans anesthésie croisée.

De la paraplégie cervicale. — Tel est le nom imposé par Gull à une forme de paralysie qui débute par un seul ou les deux membres supérieurs, puis les membres abdominaux sont envahis à leur tour. Cette forme de paralysie s'observe fréquemment dans le mal de Pott cervical. Lorsque ce sont les racines des nerfs qui sont seules comprimées, on verra des pseudo-névralgies, des douleurs vives précéder ou accompagner l'impuissance motrice, l'anesthésie, et une certaine atrophie du membre. Si la compression porte directement sur la moelle, on ne trouvera que peu ou point de douleurs et d'atrophie, mais la persistance et même l'exaltation des phénomènes réflexes. La paraplégie cervicale pourrait se confondre avec certains cas de paraplégie infantile, daus lesquels la lésion médullaire serait localisée en un point du renflement brachial, avec une myélite localisée, une petite tumeur intra-spinale.

M. Charcot examine ensuite quelques symptômes spéciaux, qui peuvent constituer, avant tout autre phénomène, la seule révélation clinique de l'affection spinale. Ce sont la dilatation ou la contraction permanente des pupilles; la dyspnée et la toux, symptômes de la compression de la moelle cervicale ; les vomissements à retours fréquents, le hoquet, la gène de la déglutition, les troubles fonctionnels de la vessie et du rectum, les attaques d'épilepsie. Il insiste sur le ralentissement permanent du pouls, lié aux lésions traumatiques de la colonne cervicale, accompagné de syncopes et de crises apoplectiformes et épileptiformes, phénomènes qui pourraient bien aussi survenir dans les cas de compression.

M. Charcot termine par quelques mots relatifs aux symptômes particuliers qui s'observent lorsque la lésion porte sur le renflement lombaire ou la queue de cheval. On se les représente facilement.

Dans le cas de compression des nerfs, on remarque que les sphincters de l'anus et de la vessie sont le plus souvent indemnes, ce qui n'a pas lieu dans la compression de la moelle elle-même.

J. CAZALIS.

Thermometry in cerebro-spinal meningitis (De la thermométrie dans la méningite cerebro-spinale), par le Dr RODENSTEIN. (*Archiv of scientific and practical medicin*, *n*° 3, *pp*. 210-222, *New-York*, 1873.)

L'auteur commence par déclarer que le processus caractéristique de cette maladie n'est pas une méningite, mais bien une pyrexie. Aussi propose-t-il de la désigner sous le nom de fièvre tétaniforme (*tetanoid fever*), et voici sur quelles raisons il se fonde pour appuyer sa manière de voir : 1° On trouve un certain nombre de cas dans lesquels il est impossible de constater après la mort la moindre trace d'inflammation des méninges rachidiennes ; 2° la méningite basilaire aussi bien que la méningite de la convexité sont habituellement mortelles ; or, étant donné que les maladies sporadiques acquièrent plus de gravité lorsqu'elles revêtent le caractère épidémique, on ne saurait admettre que la prétendue méningite cérébro-spinale, qui réunit pour ainsi dire les caractères de ces deux affections, soit moins grave et moins fatalement mortelle que les formes simples et sporadiques des deux maladies précédentes. Il considère donc comme infiniment plus probable que la méningite cérébro-spinale constatée *post mortem* dans la plupart des cas, est un simple épiphénomène d'une affection dont elle ne constitue pas une complication constante, et qu'une grande partie des malades qui survivent à une attaque de fièvre tétaniforme n'ont jamais été les victimes d'une méningite.

Il croit que la méningite affecte avec la fièvre tétanoïde un rapport analogue à celui qui relie la néphrite à la scarlatine, par exemple.

Il propose le terme de fièvre tétanoïde parce que, dit-il, les convulsions toniques sont un des symptômes les plus constants de cette maladie, qu'il n'ose pas appeler fièvre tétanique, car les contractions musculaires ne dépendent pas, dans ces cas, des mêmes causes ni des mêmes lésions que le tétanos. Il ne saurait à plus forte raison accepter le terme de « typhus tétanique » puisque la fièvre en question ne constitue pas en réalité un typhus.

L'histoire de cette maladie étant très-difficile à tracer à cause de la multiplicité des formes qu'elle peut revêtir, l'auteur se borne à donner un résumé analytique des 46 cas qu'il a observés au *Protectory Catholic* de New-York.

Il est impossible, comme il a soin de le faire remarquer, de présenter un tableau général et unique de cette affection, vu ses

nombreuses modalités; il est néanmoins un certain nombre de caractères qui permettent de la reconnaître : Le malade reste couché la tête fortement rejetée en arrière, sa peau paraît marbrée, ses ongles sont bleuâtres, ses lèvres livides, sa face grippée; il vomit fréquemment, ses selles ressemblent à du jaune d'œuf. Le pouls est faible, petit et fréquent; la céphalalgie intense, le délire précède souvent le coma. Bientôt après apparaissent des phénomènes plus violents. La face devient vultueuse, les yeux brillants, les pupilles dilatées, l'agitation extrême. Ce n'est qu'à grand'peine que l'on parvient à maintenir le malade dans son lit.

Il pousse des cris stridents et se plaint, surtout pendant la nuit, d'une céphalalgie intense et de douleurs excruciantes dans les yeux, les oreilles, le cou et les membres. Il présente en outre alternativement des convulsions cloniques et toniques. D'autres fois on observe en même temps du trismus à côté de contractions épileptiformes partielles. Chez quelques malades, j'ai observé, dit-il, une agitation nocturne excessive suivie de coma pendant le jour et cela durant plusieurs semaines.

La contracture musculaire est parfois si intense que la respiration et la déglutition deviennent impossibles. Les muscles sterno-mastoïdiens sont violemment contractés, durs, fermes et douloureux au toucher. Une éruption de vésicules d'herpès peut apparaître sur les lèvres et constitue un des premiers phénomènes. On observe aussi des pétéchies et des pustules analogues à celles de la variole, parfois même des bulles aussi larges que la paume de la main. Certains muscles peuvent être plus ou moins paralysés. L'auteur a noté chez un enfant une paraplégie accompagnée de parésie du rectum et de la vessie. Les soubresauts des tendons, des contractions fibrillaires de quelques muscles, sont également des symptômes assez fréquents de cette maladie. Il en est de même des troubles des sens qui peuvent arriver à l'abolition complète mais généralement momentanée. Parfois se montrent des arthropathies caractérisées par des douleurs articulaires plus ou moins vives avec rougeur et gonflement des jointures. Dans quelques cas, l'auteur a observé des sueurs profuses. L'urine contient quelquefois des traces d'albumine et de glycose. Enfin la maladie peut laisser après elle un état d'affaiblissement intellectuel plus ou moins durable.

Tel est en quelques mots le tableau symptomatique que l'auteur trace de la maladie. Il est difficile, d'après cet ensemble confus de symptômes multiples, de se faire une idée exacte du processus morbide dont ils sont l'expression. L'observation thermométrique, combinée avec l'étude symptomatique des cas isolés, peut seule nous révéler, d'après l'auteur, la vraie nature de cette maladie. Dans son travail, se trouvent rapportées cinq observations avec tracés thermométriques, et dans ces cinq cas, la température avait été prise trois fois par jour. Le Dr Rodenstein fait remarquer, à ce propos,

que dans la fièvre tétanoïde, il n'y a pas d'exacerbations vespérines régulières, le maximum thermique quotidien pouvant tout aussi bien se montrer le matin ou à midi que le soir. Dans un de ces cas (celui de *John Hays*), pendant les 48 jours que dura la maladie, la courbe thermique n'atteint son acmé que 26 fois dans la soirée, 7 fois l'exacerbation se montre le matin et 15 fois à midi. Les rémissions thermiques ne se présentent que 22 fois dans la matinée, 14 fois à midi et 12 fois le soir. Ces apparentes irrégularités sont cependant régies par une loi commune; en effet, selon Rodenstein, le cycle thermique de l'affection peut être divisé en trois périodes parfaitement distinctes et d'une durée inégale. Dans la première qui dure en général quatre jours, on observe une ascension initiale de 3° Fahr. suivie d'oscillations ascendantes et quotidiennes de 1° à 1°5. C'est-à-dire qu'il y a chaque jour une ascension et une chute de 1° environ. En somme, cette période est caractérisée par la hauteur du niveau moyen de la température et par sa marche quotidienne, relativement peu étendue; le niveau thermique dans le seconde période est moins élevé, mais l'amplitude quotidienne est plus considérable; enfin le troisième stade présente un niveau thermique plus bas encore; l'ascension quotidienne est également plus faible. L'auteur considère cecycle thermique comme l'un des traits les plus caractéristiques de la maladie en même temps que l'un des plus constants.

D'après cette étude thermoscopique, il se croit en droit d'affirmer que la marche de la température dans cette maladie ressemble plutôt à celle des fièvres essentielles qu'au cycle thermique des phlegmasies, parce qu'elle présente un rhythme périodique qui fait habituellement défaut dans les inflammations.

Un autre symptôme qui tend à confirmer son opinion, c'est le défaut de concordance entre le pouls et la température. Dans un des cas relatés par Rodenstein (chez le nommé *Edward Kingsburg*), le pouls battait encore 120 fois par minute trois jours avant la convalescence, tandis que la température était en pleine défervescence. Dans l'obervation de *John Hays*, nous voyons le pouls s'élever tout à coup à 160-170 pulsations vers la fin de la 3e période, quoique la température atteignit à peine à ce moment 100°-101° F.

L'auteur ne nie pas que des accidents inflammatoires, et en parculier une méningite, ne puissent se développer dans le cours de la fièvre tétanoïde, mais il soutient que l'inflammation n'en constitue pas le caractère essentiel.

« La méningite, dit-il, n'explique pas la non corrélation du pouls et de la température, pas plus que la présence des éruptions qu'il est si commun d'observer dans cette maladie, elle ne peut pas rendre compte des sueurs profuses coïncidant avec des degrés thermiques très-élevés. Elle ne nous fait comprendre que les phénomènes nerveux (convulsions toniques et cloniques locales ou géné-

rales, etc.); mais ces symptômes n'impliquent pas nécessairement l'inflammation des enveloppes de l'axe cérébro-spinal. »

Tels sont les arguments que l'auteur invoque en faveur de sa théorie; sans oser pénétrer plus avant dans la nature intime de ce processus, il termine son intéressant mémoire par les conclusions suivantes:

1° Il n'y a rien dans les symptômes de cette maladie qui nous force à admettre l'existence nécessaire d'une méningite.

2° Cette affection présente un cycle thermique qui lui est propre et qui se rapproche de celui des fièvres essentielles.

3° S'il s'agit seulement d'une fièvre, ajoute-t-il en terminant, ne convient-il pas de lui appliquer une épithète tirée d'un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques et de la désigner en conséquence sous le nom de *fièvre tétaniforme* ou *tétanoïde*, de même que l'on dit fièvre scarlatine, fièvre jaune, etc. En un mot cette désignation nouvelle lui semble d'autant plus préférable à l'ancienne, qu'elle n'est pas, comme celle-ci, fondée sur la considération d'une lésion secondaire et d'une condition pathogénique hypothétique ou erronée. F. LABADIE-LAGRAVE.

Leçons de clinique médicale, par M. Michel PETER. (*Tome I, 824 pages, Paris, chez P. Asselin,* 1873.)

Le tome Ier des leçons de clinique médicale de M. le Dr Michel Peter passe en revue des questions extrêmement importantes, comme on va le voir par l'énumération suivante : treize leçons sont consacrées aux maladies du cœur, six aux points de côté, à la pleurésie et aux pleurétiques, quatre à la pneumonie et aux pneumoniques, trois à l'endartérite et aux dégénérescences artérielles, deux aux hémoptysiques, une pour les rétrécissements, le rhumatisme aigu, l'endocardite.

Dans la première leçon, le professeur combat avec raison la théorie de l'asystolie de Beau, qui explique d'une façon incomplète les accidents ultimes des maladies cardiaques. Le cœur, en effet, n'est pas seul malade, il faut aussi tenir grand compte de l'altération du vaisseau, et de celle du liquide sanguin. En résumé, lorsqu'un malade succombe à une affection organique du cœur, il ne succombe pas à une asystolie, mais à une « désorganisation uni- « verselle , à une asynergie générale. » Mais avant d'arriver à cet état ultime, il a passé par différentes phases qui sont : 1° *la phase physique* caractérisée par les palpitations, l'essoufflement, la perte de la contractilité artérielle, etc. ; 2° *la phase chimique*, qui est le résultat de la perte d'élasticité artérielle, se traduit par des congestions dans la plupart des organes et princi-

palement dans les poumons où la fonction de l'hématose, de l'oxygénation du sang est compromise. Dès lors, « les vaisseaux seront mal nourris par un sang mal oxygéné, et de plus mal excités par l'influx nerveux, compromis lui-même en raison de la mauvaise oxygénation du sang. » Alors commence : 3° *la phase dynamique* marquée par la congestion du foie, et consécutivement par les troubles de la glycogénie, de la cholégénie, de l'hématopoièse, c'est-à-dire des fonctions dévolues à cet organe. Dans la seconde phase, il y a donc *anoxémie*, et dans la troisième *anhématie ;* 4° la phase terminale ou de *cachexie* est accompagnée de la dégénérescence des organes, des vaisseaux et du cœur.

Plus loin, nous notons que dans l'investigation des bruits du cœur, M. Peter prend le mamelon gauche comme point de repère, non le cœur qui échappe aux regards, mais le mamelon que chacun peut voir. Les bruits de la base doivent donc être appelés bruits *sus-mamelonnaires*, ceux de la pointe, *sous-mamelonnaires*.

Le professeur insiste sur la distinction importante qu'il faut faire entre l'insuffisance aortique survenue sans lésion de l'aorte, sous l'influence d'une endocardite, et celle qui existe avec lésion de l'aorte, sous l'influence d'une endartérite (insuffisance endocardiaque dans le premier cas, endartéritique dans le second). Dans cette dernière, la lésion commence par l'endartère, c'est-à-dire par l'aorte, rayonne de là plus facilement vers les plexus, les nerfs cardiaques, et c'est dans ce cas seulement qu'on observe des douleurs rétro-sternales, des symptômes d'angine de poitrine, et qu'on peut craindre à bon droit la terminaison par mort subite. Celle-ci ne doit être expliquée ni par un trouble momentané et profond survenant dans la circulation intra-cardiaque, ni par l'anémie du cerveau et du bulbe, mais elle est due à la névrose du plexus cardiaque altéré.

Les lésions prétendues compensatrices n'existent pas ; une lésion quelconque (hypertrophie, rétrécissement ou insuffisance) surajoutée à une autre, l'aggrave et ne la compense pas. Ainsi, contrairement à l'opinion allemande, le rétrécissement mitral n'est nullement compensateur de l'insuffisance aortique, pas plus qu'il ne l'est de l'insuffisance mitrale.

La dixième leçon est consacrée aux rapports de la grossesse et des maladies du cœur ; elle démontre que des accidents pulmonaires formidables peuvent se déclarer chez les femmes enceintes qui sont atteintes d'affection du cœur. Celle-ci, sous l'influence d'une grossesse, est toujours aggravée et passe rapidement de la seconde à la troisième période.

Dans les leçons sur l'endartérite et les dégénérescences artérielles, nous signalerons à l'attention l'histoire de quelques hémorrhagies qu'elles produisent, et dont la cause n'a pas été jusqu'ici suffisamment expliquée ; nous voulons faire allusion aux hémorrhagies intra et circum-orbitaires, et avec épistaxis. Quelquefois, les artères

de l'œil, sous l'influence de leur dégénérescence athéromato-calcaire, se rompent et peuvent donner lieu à une exorbitis plus ou moins considérable, par hémorrhagie intra-oculaire. Cet accident, important au point de vue du diagnostic, l'est encore davantage au point de vue du pronostic, puisqu'il indique une altération des vaisseaux et l'imminence d'une hémorrhagie cérébrale. On peut remarquer aussi, chez les vieillards, des hémorrhagies sous-conjonctivales de la portion sclérotidienne du globe de l'œil et une teinte jaunâtre de la conjonctive scléroticale qui est le résultat d'une hypérémie habituelle ou passive. Ces hémorrhagies peuvent même s'effectuer dans l'intérieur de l'iris et déterminer tous les symptômes de l'iritis chez le vieillard. L'épistaxis, rare dans la vieillesse, lorsqu'elle n'est pas symptomatique d'une altération du sang, d'une maladie du foie, ou d'un polype nasal, est le plus souvent due à la rupture des vaisseaux dégénérés de la pituitaire, elle est de plus d'un pronostic fort sérieux puisqu'elle montre une altération étendue non-seulement aux artérioles de la muqueuse nasale, mais à celle de l'encéphale et de tout l'organisme, comme cela résulte du travail de M. Liouville sur *la généralisation des anévrysmes miliaires*. (Paris 1871.)

Dans les leçons sur les points de côté, nous ferons remarquer celles qui sont consacrées à l'angine de poitrine. Les symptômes qu'on a coutume de désigner sous ce nom, sont dus à deux causes différentes qu'il est très-important de connaître au point de vue du pronostic. Tantôt il ne s'agit que d'une névralgie des plexus cardiaques (*angine de poitrine névralgique*) pouvant survenir chez les personnes nerveuses et ne menaçant que très-rarement les jours du malade ; tantôt on a affaire à une névrite du plexus cardiaque, compliquée le plus habituellement d'une névrite diaphragmatique (*angine de poitrine névritique*) se montrant dans l'aortite et la péricardite, lorsque le travail inflammatoire s'étendant de proche en proche a gagné les nerfs du plexus et les nerfs diaphragmatiques. Cette dernière forme d'angine de poitrine, qu'il est ordinairement facile de distinguer cliniquement de la première, est grave et peut devenir souvent mortelle. Le mode de traitement doit être différent dans les deux cas ; antiphlogistique dans l'angine de poitrine névritique (applications de sangsues, de ventouses sur la paroi précordiale, saignée générale, pas d'injections sous-cutanées de morphine, etc.), antispasmodique dans l'angine de poitrine névralgique (hydrothérapie, bains, injections morphinées, etc.).

Dans sa première leçon sur la pleurésie, M. Peter insiste sur certains caractères de la toux des pleurétiques. Dans les épanchements peu abondants, la toux sèche succède immédiatement au changement brusque que prend le malade de la position couchée à la position assise. Ce caractère, qui se retrouve encore dans les cas de caverne, de vomique et de dilatation des bronches, s'explique par le brusque déplacement du liquide qui vient irriter et com-

primer des portions de poumons indemnes jusqu'alors de toute compression et de toute irritation. Quand l'épanchement augmente, la percussion et le changement de position du malade ne provoquent ni n'augmentent la toux.

Dans les leçons suivantes, qui méritent une mention particulière, l'auteur passe en revue des questions fort importantes. Nous ne pouvons que signaler les diverses explications de la mort subite dans la pleurésie, les indications du traitement de cette maladie, de la médication antiphlogistique au début, — médication trop oubliée de nos jours ; — enfin, les contre-indications de la thoracentèse aspiratrice dont on a tant abusé, et qui a pour résultat le plus souvent, lorsqu'elle est trop répétée ou hâtivement faite, de transformer un épanchement séreux en épanchement purulent.

Les leçons sur la pneumonie du sommet, sur les pneumoniques, seront également consultées avec le plus vif intérêt par le praticien ; il en est de même des leçons sur les hémoptysiques où le professeur montre les différences cliniques importantes qui séparent, au début de la tuberculose pulmonaire, les hémoptysies qu'il appelle *périphymiques* de celles qui sont *paraphymiques*, et où il prouve que la médication vomitive n'arrête pas seulement l'hémoptysie, mais toute espèce d'hémorrhagie, qu'elle agit sans faire vomir et par cela seulement qu'elle produit l'état nauséeux.

HENRI HUCHARD.

Du Choléra.

I. Contribution à l'étude des épidémies cholériques, 1866-1873, notes lues à la soc. méd. des hôp., par M. E. BESNIER. (*Un. méd.*, *pp.* 417, 458, 470, 509, 523, 545, 558, 581, 661, 673, 677, 849.)

II. Le choléra, ses foyers ; influence de l'air et de l'eau sur sa propagation ; note lue à la soc. méd. des hôp , par M. Léon COLIN. (*Un. méd.*, *p.* 473.)

III. Choléra et chloralum, par le Dr Henry BLANC. (*Un. méd.*, *p.* 533, 569, 605, 653 *et* 685.)

IV. Recherches anatomiques sur le choléra, par le Dr HAYEM. (*Un. méd.*, *p.* 541.)

V. *Ibid.*, **par MM. KELSCH et J. RENAUT.** (*Progr. méd.*, *p.* 193 *et* 210.)

VI. Des injections d'eau et de solutions salines par les veines dans le traitement de la période algide et ultime du choléra, note lue à la soc. méd. des hôp., par M. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Un. méd.*, *p.* 619.)

VII. De la diarrhée dite prémonitoire du choléra, note par le Dr DAMASCHINO. *Un. méd.*, *p.* 649.)

VIII. Rapport de la commission chargée d'étudier la question de la prophylaxie du choléra, par M. LEFEBVRE; discussion. (*Bulletin de l'Acad. royale de médecine de Belgique, t. VII, nos 8 et 9.*)

La société médicale des hôpitaux de Paris a vu ses séances remplies, pendant ces derniers mois, par diverses communications relatives à l'épidémie de choléra; M. E. Besnier apportait à chaque séance un historique complet de l'épidémie ; c'est à ces notes qu'il faut se reporter pour avoir une idée complète de sa marche, car cette œuvre de statistique, fondée sur des observations très-nombreuses et relatées par le rapporteur, ne saurait être analysée. Constatons seulement que, contrairement à toutes les épidémies antérieures, celle-ci a amené un nombre de décès plus considérable dans la première semaine que dans toute autre, et que la marche a été régulièrement décroissante à partir de la deuxième semaine.

M. Hayem a étudié les altérations histologiques du sang chez les cholériques ; dans la période algide, les globules rouges sont diffluents, visqueux, étirés, groupés par amas irréguliers au lieu de s'empiler comme les globules normaux ; les leucocytes sont plus nombreux. On voit un très-grand nombre de petits globules rouges, deux, trois ou quatre fois plus petits qu'un globule sain ; pour expliquer leur présence, M. Hayem rappelle que dans la stase du sang, et elle existe bien réellement dans le choléra, les globules rouges en voie d'extravasation par diapédèse sont comme étranglés par les parois vasculaires. Quand on fait une incision pour examiner le sang, on fait sortir par force quelques fragments des globules rouges pincés par la paroi des vaisseaux, et ce sont là les petits globules trouvés dans le sang des cholériques. Il n'y a pas dans le sang de proto-organismes ; mais on en trouve dans les selles une énorme quantité de formes différentes, et dont l'accumulation constitue en partie les flocons blancs des selles. Celles-ci ne sont donc autres qu'un liquide en putréfaction très-avancée, et cela souvent bien avant l'explosion des symptômes dits caractéristiques du choléra. Les lésions de l'intestin ne présentent rien de spécifique : stase veineuse, desquamation épithéliale et quelquefois disparition des villosités, conservation des glandes en tube, production de nouveaux éléments conjonctifs et lymphoïdes. Ces derniers forment par leur accumulation dans les follicules la psorentérie. M. Hayem a administré avec succès à ses malades du sulfure noir de mercure à la dose de 12 grammes dans les 24 heures. Il le recommande comme un puissant anti-diarrhéique.

MM. Renaut et Kelsch, dans leur communication, ont décrit des lésions intestinales analogues ; ils ont insisté sur le développement de tissu embryonnaire dans la muqueuse, et la substitution de ce tissu aux glandes muqueuses qui, suivant eux, se détruisent en

partie; ils ont décrit une altération inflammatoire de la membrane interne des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la sous-muqueuse, et ont conclu qu'aucune de ces lésions n'était spécifique. Dans le sang ils ont trouvé, pendant la période algide, une augmentation considérable du nombre des globules rouges, due à la disparition du sérum; une augmentation plus forte encore du nombre des globules blancs qu'ils expliquent par la stase, mais qu'ils rapprochent des altérations des organes lymphoïdes de l'intestin. Dans la période de réaction les globules diminuent rapidement de nombre, non-seulement parce que le sérum se reconstitue, mais encore parce que les globules se détruisent, puisque l'urine renferme alors une grande quantité d'urochrôme, matière colorante qui vient directement des globules détruits. Ces observateurs ont remarqué également les petits globules rouges décrits par M. Hayem, mais ils ne se prononcent pas clairement sur leur origine; ils semblent les considérer comme des globules primitivement sains, puis rétractés.

La question de l'étiologie du choléra a provoqué une note de M. Colin, dans laquelle il fit observer que, dans l'épidémie actuelle, il existait un nombre assez considérable de foyers disséminés, et que cette localisation multiple ne pouvait être expliquée que par certaines conditions, mal connues encore, qui devaient tenir aux localités elles-mêmes. M. Colin n'admet pas pour l'eau de consommation une influence aussi considérable, au point de vue de l'extension du choléra, que celle que lui donnent les médecins anglais, et il se rattacherait très-volontiers aux opinions de ceux qui font jouer un rôle étiologique important aux grands phénomènes météorologiques qui s'accomplissent à la surface du globe. (Voir *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 10 novembre.)

M. Henry Blanc expose une opinion tout autre dans ses articles. Pour lui, le choléra n'est contagieux que par les évacuations qu'il produit; la terre imbibée d'excréments, l'air rempli de vapeurs fécales, l'eau souillée de ces mêmes produits, voilà les seules causes du choléra; l'antidote de cet empoisonnement est le chloralum, solution titrée de chlorure d'aluminium; malheureusement pour M. Blanc, les résultats heureux des observations sur lesquelles il fonde sa confiance dans le chloralum, ont été niés de suite par l'interne du service dans lequel les expériences ont été faites (p. 725).

M. Damaschino, s'appuyant sur une statistique de 112 cas, établit que la diarrhée dite prémonitoire fait fréquemment défaut d'une manière absolue (39 fois sur 112). Assez souvent, quand elle existe, elle ne dure guère au delà de quelques heures. Elle constitue donc essentiellement un symptôme du choléra et un symptôme prodromique; elle n'est pas l'annonce du choléra, elle en est le commencement. On peut l'arrêter, et par là empêcher le développement des symptômes du choléra confirmé, mais cela est l'exception.

La société des hôpitaux a discuté longuement les questions de

prophylaxie, d'isolement des malades, etc. Mais le document le plus complet à étudier à ce point de vue, est le rapport de M. Lefebvre à l'Académie de médecine belge, modifié à la suite de la discussion qui a eu lieu à ce sujet. Il renferme les conseils les plus sages et les plus pratiques adressés à l'administration supérieure, aux administrations publiques, aux grands établissements privés, aux particuliers. Il cherche à concilier les intérêts du commerce, de l'industrie avec les nécessités hygiéniques ; il insiste sur les détails les plus minutieux de l'assainissement des villes, des hôpitaux, des égouts, des navires, des appartements, mettant toujours à côté des préceptes généraux l'indication des moyens de les remplir, donnant les doses des meilleurs désinfectants et leur mode d'emploi. C'est dans ce rapport qu'on voit plutôt ordonner que proposer la création de comités d'hygiène fonctionnant dans chaque quartier, de bureaux médicaux de secours ouverts jour et nuit, de petits hôpitaux spéciaux et isolés destinés à éviter le transport des malades à grande distance, d'enterrements spéciaux, de dépôts gratuits où les classes pauvres recevront les matières désinfectantes avec des instructions sur leurs modes d'emploi. Il faut lire avec soin cet important ouvrage, dont chaque mot renferme un enseignement utile exprimé dans un langage à la portée de tous, pour avoir une idée exacte de l'esprit éminemment pratique des médecins qui ont concouru à sa rédaction, et il est cependant assez court pour avoir pu être lu, discuté et voté article par article en deux séances de l'Académie.

M. Dujardin-Beaumetz a lu à la société des hôpitaux un mémoire où il affirme que la seule thérapeutique rationnelle des périodes ultimes du choléra réside tout entière dans l'emploi des injections veineuses ; il rapporte un historique fort complet de la question ; il y ajoute trois observations personnelles, dans lesquelles la mort a suivi une sensible amélioration ; les liquides qu'il injecterait le plus volontiers sont le lait ou les solutions salines poussées lentement, mais en grandes quantités. J. CAZALIS.

Der Transsudationsprocess in der Cholera, par le Dr M. GOLDBAUM, de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 46.)

Ce travail a pour but de combattre la théorie pathogénique de la *déperdition des liquides*. Le choléra se présente sous deux formes généralement admises : la forme *transsudative* caractérisée par une grande déperdition de liquides, et la forme *asphyxique*, où la perte de liquides est relativement insignifiante et où les selles ont la consistance de colle d'amidon ; c'est cette dernière qui est la plus grave. Dans les 4 épidémies observées par l'auteur, 2 fois (en 1854 et 1866) ce fut la forme transsudative qui prédomina,

tandis qu'en 1853 et 1855 ce fut le choléra asphyxique. Or, suivant que les observateurs auront eu l'occasion de voir l'une des formes plutôt que l'autre, ils attacheront plus ou moins d'importance à la transsudation intestinale. Pour les partisans de cette théorie, l'épaississement du sang augmentant en raison directe de la déperdition de liquide, ce seraient les cas dans lesquels les phénomènes de transsudation sont le plus intenses qui devraient avoir le pronostic le plus fâcheux; mais les résultats de l'observation sont contraires à cette manière de voir. Goldbaum a vu des cas de guérison après des pertes de 20,000-30,000 centimètres cubes de liquide, et des cas mortels avec 3,000-6,000 seulement. D'après ses mensurations, la capacité maximum d'un intestin d'adulte ne dépasse pas 2-3,000 centimètres cubes; il n'est pas de cholérine qui ne fournisse en peu d'heures une plus grande quantité de liquide. Un purgatif lui-même (Ext. foll. séné 30 grammes dans 180 grammes d'eau) soustrait au sang, en 24 heures, 2,893 grammes de liquide sans nul préjudice (Carl Schmidt). Comment voir dans une si minime transsudation le point de départ de tous les symptômes cholériques? Pour répondre à cette objection, on a insisté sur la *rapidité* de ces pertes et rappelé les accidents consécutifs aux hémorrhagies. Mais dès qu'il s'agit d'épaississement du sang, c'est surtout la *quantité* des liquides soustraits qui est importante à considérer. La transsudation rapide d'une petite quantité de liquide peut tout au plus avoir une influence passagère, car les capillaires rétablissent bientôt l'équilibre en empruntant des matériaux aux organes ambiants. D'après Carl Schmidt, 1,000 grammes de sérum sanguin renferment, à l'état normal, 908^{gr},84 d'eau. Dans un fait de choléra, terminé par la mort, le sérum recueilli au summum de la maladie, ne contenait que 900,30 d'eau pour 1,000, soit une perte d'eau de 8,54. Or, si on estime à 10 kilos la masse totale du sang, la perte en eau que ce liquide aurait subie dans ce cas, serait d'environ 85^{gr},4; en revanche, chez un cholérique qui a guéri, la perte de liquide a été bien plus grande, 28^{gr},96 par 1,000. Ces pertes se chiffrent donc par des nombres tout à fait insignifiants, eu égard à la quantité des liquides transsudés.

Il ne faut pas oublier non plus que ni l'aspect riziforme des liquides, ni leur constitution histologique, ni les altérations de l'intestin, ne sont pathognomoniques du processus cholérique, puisque Virchow a signalé exactement les mêmes lésions dans certains cas d'empoisonnement par l'arsenic. Pour Goldbaum, le processus de transsudation dans le choléra n'est qu'un phénomène particulier qu'on doit rapporter à l'altération profonde du système nerveux de la vie végétative, aussi bien que la cessation des sécrétions glandulaires, la contraction des pupilles, le contraste observé entre les températures centrale et périphérique, la disparition du pouls malgré l'activité persistante du cœur, etc.

L'auteur se voit confirmé dans sa manière de voir, déjà ancienne, par les expériences encore récentes de Moreau et de Lewis et Cuningham. Les expériences d'Arm. Moreau ont démontré, en particulier, que les lésions des nerfs mésentériques amènent dans l'intestin la transsudation d'un liquide alcalin incolore. Mais celles de Cuningham et Lewis (Vid., *Revue des Sciences médicales,* t. I, p. 673) sont bien plus probantes ; il résulte, en effet, de leurs recherches qu'il existe entre la sécrétion intestinale et les nerfs mésentériques des rapports analogues à ceux qui unissent la glande sous-maxillaire à ses nerfs, c'est-à-dire qu'une division partielle des nerfs produit une sécrétion de liquide, tandis que leur division totale y met obstacle. Dans le choléra à forme transsudative lui-même, ce n'est qu'au début que les évacuations intestinales sont profuses, elles diminuent à mesure que l'altération des nerfs intestinaux devient plus grave, aussi est-il toujours d'un pronostic très-défavorable de voir cesser les transsudations sans qu'apparaissent les signes de réaction. Dans les cas rapidement mortels où la lésion du système nerveux de la vie végétative est d'emblée excessivement sérieuse, le premier stade du processus manque presque entièrement, et les transsudations se réduisent à fort peu de chose. Donc, les transsudations ne causent ni n'aggravent le processus cholérique. En revanche, elles ont une influence considérable sur l'état typhoïde consécutif à la période asphyxique ; plus elles ont été abondantes, plus les phénomènes typhoïdes sont modérés, et *vice-versâ.*

Pour l'auteur, le choléra typhoïde n'est que le résultat de l'accumulation dans l'économie des produits excrémentitiels pendant le stade d'asphyxie. Déjà alors une partie de l'urée, accumulée dans le sang et dans les tissus, a été éliminée sous forme d'urée par les vomissements, et sous forme de carbonate d'ammoniaque par les déjections qui suppléaient, bien qu'imparfaitement, la sécrétion urinaire. C'est ainsi que s'explique la rareté de l'urémie dans certaines épidémies, et au contraire sa fréquence dans d'autres. En 1866, sur 1,204 cas de choléra typhoïde, l'auteur n'a observé que 5 cas urémiques, tandis qu'en 1855, sur 107 il en eut 53.

J. B.

Les déjections cholériques, agent de transmission du choléra, note de M. Ch. PELLARIN. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 15 *sept.* 1873.)

M. Pellarin, rappelant les nombreuses communications antérieures (en 1832, 1849, 1850, 1865), dans lesquelles il a plusieurs fois démontré « que les miasmes exhalés des matières rendues par les cholériques sont le principal agent de la transmission du choléra, » fait valoir ses droits de priorité vis-à-vis de M. H. Blanc, médecin

de l'armée anglaise, « qui donne comme chose inédite la constatation faite par lui-même ou par quelques-uns de ses collègues, de la propriété que possèdent les déjections cholériques de transmettre le choléra. » Il est vrai que M. Pellarin a indiqué l'affection par la voie pulmonaire comme le mode d'introduction le plus habituel, tandis que pour M. Blanc, la transmission de la maladie a lieu, presque toujours, au moyen de l'eau employée en boisson. Mais M. Pellarin combat quelques-uns des arguments du médecin anglais et montre que certains cas, cités par lui comme confirmant l'absorption par les boissons, viendraient bien plutôt à l'appui de la théorie qui croit au passage par les voies pulmonaires. M. D.

Du chloral dans la cholérine et le choléra, note du Dr NEPVEU. (*Gaz. méd. de Paris, n° 37, p. 494.*)

Le Dr Nepveu a employé avec succès le chloral dans plusieurs cas de cholérine, à la dose de 2 à 4 grammes pour 30 grammes d'eau dans une tasse de thé au rhum. Dans un cas qu'il rapporte, ce médicament n'étant pas toléré par l'estomac, il put, sans inconvénient aucun, faire une dizaine de piqûres sous-cutanées sur les jambes, les cuisses, la poitrine, et injecter ainsi à peu près deux grammes de choral. Cette substance n'a pas les inconvénients de l'opium, elle agit rapidement et suspend d'une manière complète la diarrhée et les vomissements, au moins dans le petit nombre de faits observés par l'auteur. M. Nepveu pense qu'on pourrait sans doute retirer quelque bénéfice de son emploi dans les premières périodes du choléra. HENRI HUCHARD.

Transfusion bei Cholera, par le Dr STADTHAGEN, médecin des baraques de la Moabite. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n° 38, 22 sept.*)

Deux observations de transfusion du sang. La première, suivie de guérison, concerne une femme de 29 ans, amenée au deuxième jour d'une attaque de choléra, en état de *collapsus commençant*. Le pouls avait disparu au niveau de l'artère radiale, le second bruit du cœur n'était plus perceptible et la malade était tombée dans une insensibilité complète, lorsqu'on fit dans la veine basilique une injection de 180 grammes de sang défibriné.

L'autre malade, âgée de 34 ans, succomba 24 heures après la transfusion. J. B.

De quelques analogies entre le choléra et la fièvre jaune, par le Dr SAINT-VEL. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, *n° 41.*)

Ces deux maladies, exotiques et tropicales par rapport à l'Europe, ne sont pas nécessairement attachées au sol qui les produit;

elles procèdent par petites et grandes migrations. Endémique dans la presqu'île du Bengale, le choléra pousse des pointes plus ou moins profondément dans l'Inde; endémique sur le littoral continental du golfe du Mexique et de la mer des Antilles, la fièvre jaune envahit presque tous les dix ans les petites Antilles, situées en demi-cercle à l'ouest du golfe du Mexique. Les grandes migrations de ces deux maladies envahissent des continents entiers, elles sont toutes deux caractérisées par la lenteur de leur marche. Mais le choléra rayonne dans toutes les directions, tandis que la fièvre jaune conserve son caractère de maladie du littoral et remonte depuis 15 ans le long des côtes du Brésil, de la république Argentine, du Chili et du Pérou.

Comme le choléra, la fièvre jaune se transmet par les navires d'un continent à l'autre. Mais, si la fièvre jaune frappe surtout l'Européen et n'atteint les races tropicales que lorsqu'elle éclate dans un pays où elle n'a jamais paru ou qu'elle y revient après un temps assez long, si les créoles jouissent d'une immunité presque absolue et les Européens acclimatés d'une immunité relative, le choléra sévit indistinctement sur toutes les latitudes, sur toutes les races.

La fièvre jaune ainsi transportée, évolue sur place, reste localisée à la zone du rivage et ne dépasse pas l'altitude de 500 à 600 mètres dans les pays où elle est endémique. Le choléra rayonne au loin, envahit villes et contrées.

Les faits évidents de transmission de fièvre jaune et de choléra justifient les mesures quarantenaires prises, et prouvent que toute île qui saura se maintenir à l'abri du contact, se préservera des deux maladies. Car il est évident que le choléra épidémique n'est pas l'aggravation ni même l'extension du choléra nostras.

Dans les intervalles de plus de 10 ans qui séparent aux Antilles les épidémies de fièvre jaune, on observe aussi une fièvre particulière sporadique, pouvant devenir épidémique et dont la symptomatologie rappelle celle du vomito-negro; mais cette fièvre doit être rattachée aux fièvres paludéennes, elle guérit par le sulfate de quinine, elle sévit du reste sur les enfants, les adultes de toutes races, créoles, blancs, noirs ou mulâtres, et respecte parfois la population européenne; elle peut atteindre plusieurs fois les mêmes individus, tandis qu'une attaque sérieuse de fièvre jaune crée et confirme l'immunité; de plus elle n'est pas transmissible. Les fièvres qui rappellent la symptomatologie de la fièvre jaune, mais qui ne dégénèrent jamais en fièvre jaune, doivent être rapprochées du choléra nostras qui offre tant de similitude avec le choléra épidémique sans cependant jamais le produire. Observés cliniquement, le choléra et la fièvre jaune offrent beaucoup de dissemblance. Il faut cependant noter certaines analogies, telles que les parotides, les abcès intermusculaires, les éruptions furonculaires, la présence de la bile dans l'urine à une époque avancée des deux

maladies, etc. Enfin la fièvre jaune présente quelquefois, non comme analogie, mais comme complication, des éruptions cholériformes. Doit-on les attribuer à un choléra nostras intercurrent ou plutôt les rattacher au groupe des fièvres algides?

HENRI HUCHARD.

I. Discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur l'expectoration albumineuse; MM. DUJARDIN-BEAUMETZ, MOUTARD-MARTIN, WOILLEZ, HÉRARD, DESNOS, FERRAND, BESNIER, FÉRÉOL. (*Un. méd.*, *p.* 941, 959, 962; 2e *série*, *p.* 1, 14, 51, 117, 123, 213, 226, 273.)

II. Cas de mort très-rapide après la thoracentèse; leçon clinique de M. le prof. BÉHIER. (*Un. méd.*, *p.* 953 *et* 974, *et comm. à la Soc. de Biologie, le* 7 *juin, par M. Liouville, br., chez A. Delahaye.*)

Nous avons déjà rendu compte (*R. S. M.*, t. II, n° 1, p. 155), de la thèse de M. Terrillon et du premier discours de M. Féréol à la Société médicale des hôpitaux, discours dans lequel celui-ci émettait l'hypothèse d'une lésion spéciale amenant une perforation pulmonaire au moment de la thoracentèse. A ce sujet il s'est élevé dans la société une discussion dont nous allons essayer de rendre compte.

M. Dujardin-Beaumetz s'est élevé contre l'hypothèse de l'altération pleurale décrite par M. Féréol, contre la théorie de la perforation pulmonaire spontanée ou traumatique pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse; il s'est appuyé sur deux arguments : d'une part les perforations pulmonaires sans pneumothorax sont excessivement rares, et d'autre part, dans les faits réunis par M. Terrillon, le pneumo-thorax n'a jamais été observé, pas plus que les perforations pulmonaires. Il a rapporté l'exemple d'une expectoration albumineuse chez une phthisique, sans perforation. MM. Desnos, Moutard-Martin, Besnier et Ferrand ont apporté des arguments et des observations en faveur de la congestion pulmonaire considérée comme la cause sinon unique, du moins la plus importante de l'expectoration albumineuse après la thoracenthèse, et contre l'hypothèse de la perforation pulmonaire. Ils ont prouvé de plus que cette même expectoration pouvait être observée dans bien des maladies pulmonaires, produisant toutes une conges, tion œdémateuse du poumon. M. Woillez a insisté sur ce fait que la quantité d'albumine trouvée dans les crachats est tantôt égale, tantôt inférieure à celle trouvée dans la sérosité pleurétique, pour admettre que dans certains cas la piqûre du poumon peut seule expliquer l'expectoration. Cependant, M. Woillez abandonna cette opinion à la fin de la discussion.

A l'appui de la théorie de la congestion œdémateuse, M. Béhier

a relaté deux faits de mort rapide après la thoracentèse ; l'expectoration albumineuse n'a pas eu lieu, mais à l'autopsie les bronches étaient absolument oblitérées par une spume épaisse.

Dans son discours, M. Hérard a passé en revue tous les faits et toutes les opinions antérieures. Il rappela que la congestion œdémateuse du poumon avec exsudation séro-albumineuse à la surface des bronches s'observait après les lésions expérimentales du pneumo-gastrique, dans des cas d'asthme, dans des cas de bronchorrhée et de congestion pulmonaire. Il montra combien étaient grandes les causes de congestion œdémateuse dans le cas d'un poumon fortement comprimé qui venait à se dilater par le fait de la thoracentèse; enfin, il trouva dans les différences de quantité de l'albumine contenue dans la sérosité pleurale et dans celle expectorée, une preuve de la différence de provenance. Les faits de congestion œdémateuse rencontrée dans les poumons des malades morts après la thoracentèse (cas de M. Béhier), sont encore des preuves excellentes de l'existence fréquente d'un pareil phénomène dans des circonstances semblables.

Passant ensuite à l'examen des doctrines opposées, il s'adressa d'abord à la théorie de M. Féréol, et appuya sur ce qu'il y avait d'hypothétique dans la lésion qu'admet ce médecin pour expliquer la perforation spontanée de dehors en dedans ; puis il releva encore l'absence de pneumo-thorax, qui ne manque pas d'apparaître dans les cas de perforation spontanée. Pour ces raisons, et d'autres encore, il repoussa l'idée d'une perforation spontanée du poumon Il n'accepta pas non plus l'opinion avancée avec une certaine hésitation par M. Woillez, c'est-à-dire la possibilité d'une perforation par l'aiguille, opinion qui ne s'appuie sur aucune observation.

M. Féréol a cherché à résumer la discussion et a fait un historique complet de la question; tout en insistant moins sur l'hypothèse de la perforation spontanée, il a réfuté quelques objections de détail qui lui ont été opposées et a passé ensuite à des objections plus graves. Examinant d'abord les faits d'autopsie, il n'admet l'existence bien prouvée de l'œdème bronchique ayant amené la mort que dans les cas de M. Béhier, où l'expectoration a manqué ; mais il fit assez bon marché de son hypothèse personnelle du feutrage et de la chute des épithéliums, comme donnant lieu à un passage rapide de la sérosité de la plèvre dans les bronches. Examinant la question des crachats, il dit que l'albumine pouvait s'observer dans les crachats séreux des asthmatiques, des tuberculeux, des anévrysmatiques, et rapporta quelques observations qu'il a faites à ce sujet et qui semblent devoir élargir le cadre des maladies dans lesquelles on peut observer une expectoration albumineuse.

Ces faits et celui de la proportion différente d'albumine trouvée dans la sérosité pleurale et dans les crachats, établissent positivement l'existence d'une excrétion albumineuse par les bronches sous

l'influence d'une congestion, mais il ne s'ensuit pas que la perforation ne puisse pas avoir lieu quelquefois.

La perforation spontanée sans pneumo-thorax a été observée dans les pleurésies séreuses purulentes ; M. Féréol croit que les observations de pleurésies séreuses qu'il a citées dans sa première note sont à peu près positives, malgré les objections qu'y a faites M. Beaumetz.

M. Féréol répondit ensuite à ceux qui lui objectaient que s'il y avait perforation il y aurait pneumo-thorax; il pense que, dans quelques cas, le pneumo-thorax peut ne pas avoir lieu, par suite de l'élasticité des viscères, de l'absence de parallélisme des perforations. Il termina en remarquant que dans quelques observations, on n'avait pas noté la présence de râles sous-crépitants dans le poumon, râles qui devaient exister, s'il y avait eu œdème du poumon. Dans tous les cas, si l'existence d'une congestion pulmonaire amenant une expectoration séro-albumineuse après la thoracentèse est absolument prouvée, l'auteur ne voit pas de raisons suffisantes pour ne pas admettre aussi la possibilité de la perforation spontanée ou traumatique du poumon dans la ponction de la pleurésie séreuse.

J. CAZALIS.

Ueber schwielige Mediastino-Pericarditis und den paradoxen Puls (De la médiastino-Péricardite calleuse et du pouls paradoxal), par le prof. A. KUSSMAUL, de Fribourg-en-Brisgau. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*os 37-39, 15, 22 *et* 29 *sept.*)

L'auteur décrit, sous le nom de *médiastino-péricardite calleuse*, une variété de péricardite chronique présentant des caractères anatomiques et cliniques spéciaux.

Anatomiquement, elle est caractérisée par le siége particulier du processus inflammatoire et la nature des lésions. L'inflammation ne se bornant pas au péricarde séreux, a envahi le péricarde fibreux et le tissu cellulaire du médiastin qui, à partir du point de réflexion du péricarde, se continue sur les gros vaisseaux jusqu'à la crosse aortique. Les lésions se composent essentiellement de productions fibreuses, de fausses membranes calleuses, de cordons et de filaments très-denses de tissu cellulaire, à côté desquels on peut trouver aussi de la fibrine ou plus rarement du pus siégeant tantôt dans le péricarde seul, tantôt en même temps dans le médiastin. Le péricarde ainsi épaissi tend à s'oblitérer ; du côté du médiastin, les cordons calleux enlacent l'aorte et les troncs veineux brachio-céphaliques, les déforment, les incurvent en rétrécissant le calibre ; ils attirent en bas la crosse aortique, et parfois même établissent une adhérence des gros troncs vasculaires à la partie supérieure du sternum.

Cliniquement, on a les symptômes de la péricardite chronique et de la symphyse cardiaque, auxquels viennent s'ajouter (à cause de la médiastinite calleuse) des particularités du pouls et parfois un autre phénomène morbide tiré de l'examen des veines du cou. Comme, à chaque inspiration, le sternum attire à lui la crosse aortique, bridée d'autre part par les cordes fibreuses du médiastin, bien que les battements cardiaques restent normaux, il se produit du côté du pouls artériel des irrégularités, des intermittences toutes spéciales.

A des intervalles coïncidant exactement avec chaque inspiration, les pulsations deviennent très-faibles ou même disparaissent complétment sous le doigt pour reparaître ensuite à l'expiration. C'est ce contraste frappant entre l'action continue égale du cœur et les caractères opposés de l'onde artérielle que Kussmaul indique sous le nom de *pouls paradoxal*. Les tracés sphygmographiques démontrent d'ailleurs qu'en réalité le pouls ne disparaît jamais complétement, bien qu'il devienne insaisissable. Pour en finir avec les caractères du pouls, il faut signaler qu'il a toujours plus d'amplitude et que sa fréquence est légèrement accrue.

Au niveau des veines cervicales, du golfe des jugulaires en particulier, à chaque inspiration un peu profonde, pour des motifs identiques, on peut voir se produire, au lieu de la dépression normale, une tuméfaction très-notable sans ondulations ni pulsations.

A la connaissance de l'auteur, il n'a été publié jusqu'ici qu'un seul cas semblable. Il est dû à Griesinger et fut rapporté, en 1856, dans la thèse de Widemann, sous le titre de *Contribution à l'étude de la médiastinite*.

Kussmaul termine son travail par la relation de ce fait et par l'histoire de deux malades sur lesquels le diagnostic porté pendant la vie se trouva confirmé par l'autopsie. J. BEX.

On chronic Bright's Disease, par T. GRAINGER STEWART, brit. med. Assoc.
(*Brit. med. Journ.*, 5 *sept.* 1873.)

A propos de ce travail, il s'est engagé une discussion à laquelle ont pris part MM. Sutton, Dickinson, W. Roberts, Gairdner, J.-M. Fothergill, G. Johnson et Sibson, c'est-à-dire les auteurs qui, en Angleterre, ont étudié cette question avec le plus de compétence et dont nous avons déjà fait connaître les idées et les travaux aux lecteurs de la *Revue* (t. I et II, 1873).

Grainger Stewart, après avoir énuméré les diverses variétés de la maladie, prend surtout comme type le plus vulgaire la forme cirrhotique ou goutteuse. Du reste, cette apparence atrophique finit toujours par exister dans les diverses variétés, pour peu que la ma-

ladie se prolonge. Après avoir dit que la lésion décrite par Sutton et W. Gull, c'est-à-dire l'épaississement de la tunique externe des vaisseaux, est loin d'être constante, non-seulement dans les artères du rein, mais encore dans les vaisseaux d'autres parties du corps, comme l'auraient affirmé ces auteurs, il pense que l'épaississement de la tunique moyenne ou musculeuse est très-fréquente, conformément à l'opinion de G. Johnson, à une période avancée de la maladie, et que, dans la véritable cirrhose, il a toujours rencontré l'épaississement du tissu connectif. Sur ce dernier point, il adopte les idées de Virchow, soutenu en cela par Dickinson et la plupart des anatomo-pathologistes.

Au point de vue clinique, la maladie serait toujours chronique d'emblée, affectant surtout le sexe masculin de 40 à 60 ans le plus souvent. Mais elle peut se montrer plus tôt et même à un âge fort peu avancé. Habituellement l'alcoolisme en est la cause la plus commune, ce qui n'est pas aussi constant pour les autres formes ; l'intoxication saturnine et la goutte peuvent aussi la provoquer ; son début est très-insidieux et marqué par des symptômes peu nets. L'hydropisie ne se montre guère qu'à une période assez reculée, à moins de l'explosion d'un accident inflammatoire. L'urine, au début, est normale et peu abondante ; plus tard elle augmente sensiblement ; le poids spécifique est faible, et l'urée diminuée de quantité. On y trouve quelques tubuli hyalins ou granuleux. Ce n'est qu'assez tard que le cœur et les muscles artériels s'hypertrophient ; les hématuries, les épistaxis et les métrorrhagies sont assez communes. On constate une tendance manifeste à la gastricité et à la diarrhée, aux bronchites, congestions et œdèmes pulmonaires; enfin on peut voir éclater des troubles nerveux très-connus et qui mettent sur la trace de la maladie que jusque-là on n'avait pas soupçonnée.

Le Dr Sutton défend son opinion et celle du Dr Gull sur l'origine de beaucoup de maladies de Bright, sous l'influence des lésions de la tunique externe des vaisseaux ; ces lésions peuvent exister soit dans les reins seulement, soit dans diverses autres parties du corps, soit dans toutes les parties ; elles peuvent être, en un mot, générales ou partielles.

Le Dr Dickinson croit que l'atrophie est la suite, non-seulement de l'altération des canalicules, mais aussi du retrait du tissu interstitiel, épaissi préalablement ; cette dernière lésion est pour lui une cause prépondérante, même quand elle est subordonnée à l'altératien des canalicules. Il reconnaît aussi la réalité de la description de Gull et Sutton ; mais, loin de faire jouer à ces lésions un rôle initial, il les présente comme consécutives à l'altération parenchymateuse ou interstitielle.

Le Dr Roberts n'admet pas l'opinion de Gull et de Sutton, qu'il trouve peu justifiée.

Le Dr Gairdner pense que la lésion brightique a son point d'ori-

gine surtout dans l'altération des canalicules ; l'atrophie est consécutive, et les granulations ne seraient autre chose que les tubes persistants, mais gonflés par les productions morbides.

Le Dr G. Johnson expose ses idées, que les lecteurs de la *Revue* connaissent suffisamment, et réfute les opinions de Gull et Sutton qu'il regarde, on le sait, comme basées sur des préparations histologiques vicieuses ou mal interprétées.

Le Dr Sibson ne discute pas le point anatomo-pathologique, mais il parle des variations du pouls et des divers caractères des bruits cardiaques qu'il a pu constater dans cette maladie. La tension artérielle paraissait plus considérable, les vaisseaux n'étaient pas durs comme dans l'athérome, le pouls était plutôt mou. Le sphygmographe mettait en lumière l'augmentation de la tension artérielle. L'aorte ascendante était dilatée et la tension du sang, dans ce vaisseau, y était plus considérable. Le premier temps du cœur était faible, quelquefois imperceptible ; le deuxième temps était fort, et le maximum s'étendait surtout à droite de l'extrémité supérieure du sternum. L'impulsion artérielle pouvait être perçue quelquefois dans le deuxième espace intercostal droit ; parfois on entendait même au deuxième temps un souffle de véritable insuffisance ; ce souffle paraissait et disparaissait suivant que la tension artérielle était plus ou moins forte. Enfin les cavités gauches étaient très-hypertrophiées et frappaient violemment la paroi cardiaque, en même temps qu'on entendait un dédoublement du premier bruit du cœur.

A. GOUGUENHEIM.

TRAVAUX A CONSULTER.

Das Prodromalstadium der Chorea (Période prodromique de la chorée), par le Dr Aug. SCHMITT. (*Memorabilien, XVIII*, 3 *Heft*, 1873.)

Cette période, dit l'auteur, échappe le plus souvent à l'observation du médecin, qui n'est consulté dans la majorité des cas que lorsque la maladie est confirmée ; cette période se caractérise par des troubles confirmatifs de l'opinion du Dr Betz, qui voit dans la chorée une affection du système nerveux central, particulièrement de la moelle et de ses enveloppes. Ces troubles sont surtout ceux de l'irritation spinale. On détermine de la douleur par la pression des apophyses épineuses, surtout aux régions dorsale et lombaire et au niveau d'un nombre variable des vertèbres. Le malade accuse encore des douleurs rhumatoïdes à l'épaule, à la nuque, des douleurs de tête toujours beaucoup moins accusées ; des *démangeaisons* à l'anus et à l'orifice des fosses nasales qui font penser à l'existence d'helminthes. Il y a des signes d'irritation des nerfs du cœur ;

une lassitude générale, une certaine incertitude de la marche, parfois le malade voit des étincelles, il est dans l'impossibilité de lire, de fixer longtemps les objets. Les nuits sont sans sommeil, agitées de rêves pénibles ; parfois, pendant le jour, les malades sont en proie, sans aucun motif, à de violentes terreurs.

Dans une observation, cette période prodromique dura 16 jours.

Ces prodromes sont certainement dus à l'anémie, suite elle-même de la tuberculose, de la scrofule, de l'alimentation insuffisante, de l'établissement de la menstruation.

Le Dr Schmit trouve dans le rôle joué par l'anémie l'indication du traitement à appliquer dans cette période. Il ne se contente pas d'ordonner des frictions sur le dos avec une pommade composée d'opium et d'oxyde de zinc, mais il prescrit surtout les préparations ferrugineuses et un régime tonique. V. HANOT.

Physiologie des convulsions fonctionnelles, et en particulier du bégaiement, par le Dr H. FOLET. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liége, juin* 1873, *p.* 229 ; *août, p.* 309.)

L'auteur recherche dans l'examen du bégaiement quelle est la nature de ce trouble phonateur, et conclut qu'il s'agit là de convulsions qui ne surviennent qu'à un seul moment, celui de la phonation. Il rapproche ces convulsions fonctionnelles d'autres de même ordre, telles que la crampe des écrivains. Les muscles phonateurs, doués de toute leur puissance, ne deviennent inaptes à l'exercer que lorsque la volonté les met en jeu. La cause ne réside donc pas dans les muscles, mais dans le point des centres nerveux correspondant à l'origine des nerfs qui animent les groupes musculaires affectés, c'est-à-dire qu'il y a un trouble nerveux primordial, très-probablement dans la partie moyenne de la substance grise du bulbe rachidien. La nature intime de la lésion nerveuse est inconnue ; l'auteur pense qu'elle n'est que temporaire et fugace, analogue aux lésions inconnues de l'hystérie, de la chorée, etc.

L'auteur rappelle dans un appendice qu'il y a des paralysies fonctionnelles, comme des convulsions fonctionnelles ; il incline à penser que la paralysie labio-glosso-laryngée est la paralysie qui correspond à la convulsion qui produit le bégaiement. J. C.

De la péritonite et de la pneumonie de nature rhumatismale, par le Dr MARMONIER fils. (*Lyon méd.*, 1873, *nos* 18 *et* 19, *p.* 476 *et* 542.)

L'auteur rapporte un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, durant le cours duquel une péritonite et une pneunomie se sont déclarées successivement, sans cause appréciable, d'une manière brusque, sans qu'il soit survenu au moment de leur invasion aucun déplacement des phénomènes articulaires, lesquels ont continué leur évolution, et n'ont cessé qu'un certain temps après la disparition de ces complications.

Il recherche ensuite la cause de ces complications, et la trouve, non pas dans le froid, mais dans la prédisposition rhumatismale, par suite d'un travail tout spontané de l'organisme. Puis il donne quelques caractères, à l'aide desquels on pourra reconnaître la nature rhumatismale d'une péritonite, car elle peut survenir avant les douleurs articulaires, ou même en dehors ; ce sont le début rapide, la coïncidence ou l'alternance avec le rhumatisme articulaire, la disparition brusque. La pneumonie rhumatismale débute aussi brusquement, détermine rapidement une dyspnée considérable, une toux quinteuse pénible ; les symptômes arthritiques disparaissent ou s'amendent devant elle, rarement ils gardent leur acuité primitive ; elle disparaît rapidement ; souvent elle alterne avec des arthrites ou d'autres accidents du rhumatisme. Ces données sont complétées par le rapport de faits nombreux, d'opinions diverses et de descriptions fournis par un grand nombre d'auteurs. J. CAZALIS.

I. Beitrag zur Lehre der Purpura variolosa (Contribution à l'étude du purpura varioleux), par le Dr SCHRANK, de Josefstadt.

II. Ueber Variola hemorrhagica, par le Dr A. GOSCHLER. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1873, *nos* 3, 7 *et* 8 *et nos* 18-20.

Schranck établit une distinction entre le purpura varioleux et la variole hémorrhagique ; dans le premier il n'y a pas de pustules et les conditions étiologiques sont encore difficiles à déterminer. La variole hémorrhagique, au contraire, se présente toutes les fois qu'un malade varioleux s'est trouvé dans de mauvaises conditions hygiéniques ou que l'âge et la constitution lui donnent une tendance à l'hémophilie.

Les trois cas cités par Schrank se sont terminés par la mort, qui, d'après lui, n'est réellement inévitable que dans cette forme de variole.

Mais comme, dans cette affection, l'éruption pustuleuse ne se montre pas, l'auteur devait se demander s'il s'agit réellement d'une variole ; cette question est longuement discutée et, en considérant tous les symptômes analogues à ceux de la variole qui se sont présentés dans les trois cas observés, on arrive à la conclusion que le travail préparateur de l'éruption est bien dû à la variole et que l'hémorrhagie est un obstacle à la production pustuleuse. Schrank fait voir de même que l'on ne pouvait pas admettre, dans ces faits, une variole liée au scorbut.

« Le purpura varioleux est donc une forme de variole comme la variole ordinaire, la varicelle, etc., et se produit uniquement sous l'influence du processus varioleux. Il n'est donc pas une complication et se distingue, par cela même, de la variole hémorrhagique causée par des conditions spéciales de nutrition, d'habitation, d'âge, de constitution, d'état moral, etc. La variole hémorrhagique est d'abord localisée et ne s'étend que plus tard sur le reste du corps ; le purpura varioleux, au contraire, attaque immédiatement l'organisme tout entier. »

Contrairement à Schrank, Goschler appelle variole hémorrrhagique toute manifestation variolique accompagnée d'hémorrhagie. Il admet trois formes de variole hémorrhagique : 1° Une forme très-grave dans laquelle

l'éruption varioleuse n'a pas le temps de se produire et où la mort es amenée par une hémorrhagie cérébrale (purpura varioleux de Schrank); t 2° une forme de moyenne gravité où la variole est confluente et accompagnée d'hémorrhagie; 3° une forme moins grave encore où la décomposition du sang est plus avancée et donne lieu à quelques taches de purpura dans le cours d'une variole.

KLEIN.

On the Small-Pox epidemie in Boston in 1872-73 (Sur l'épidémie de variole de Boston; accidents paralytiques), par M. S. WEBB. (*The Boston med. Journal, août-sept.* 1873.)

Cette épidémie, qui fut très-grave, se prolongea du 1er janvier 1872 au 1er mai 1873.

En raison de diverses circonstances, beaucoup de cas restèrent ignorés. Le chiffre de ceux qui furent connus s'éleva à 3,722. La mortalité atteignit la proportion de 27,56 p. 0/0. Les cas de variole hémorrhagique furent nombreux (97 sur 1,232 cas observés à l'hôpital) et tous mortels.

Les récidives furent fréquentes. Sur les malades qu'il a pu observer lui-même, l'auteur a constaté 38 fois des cicatrices de variole antérieure. Il dit même avoir vu 3 fois des récidives après une période de trois mois. « Dans 8 cas on observa des *paralysies*. Il s'agissait toujours de varioles bénignes arrivées à la période de desquamation. Subitement, sans cause appréciable, les malades étaient pris de convulsions, puis de paralysies partielles ou générales, et mouraient en 24 ou 48 heures. Dans 3 cas, la paralysie avait débuté par une jambe et envahi ensuite le bras du même côté, puis les membres du côté opposé se trouvaient pris à leur tour et la paralysie était complète. L'intelligence restait nette jusqu'à la fin. Deux fois la paralysie avait débuté sans avoir été précédée de symptômes inflammatoires (convulsions?). L'urine était, dans ces cas, chargée d'albumine; mais l'examen microscopique n'ayant pas été fait, on ne peut que soupçonner sans l'affirmer l'existence d'une maladie de Bright. »

Suivent quelques statistiques ayant pour but de rechercher l'influence qu'exercent sur la mortalité le sexe, la vaccination, etc. Mais un des points les plus intéressants de cette épidémie est relatif à la marche qu'elle affecta. La variole, sporadique jusque-là, commença à sévir épidémiquement dans le mois de janvier 1872. On fit alors un isolement complet, et les cas furent peu nombreux; puis, sur les plaintes d'habitants du quartier où se trouvait l'hôpital, celui-ci fut évacué, et les varioleux furent laissés à domicile. L'épidémie prit alors (juillet 1872) une telle intensité que la mortalité devint 8 fois plus considérable.

Enfin, au commencement de 1873, à la suite de mesures énergiques (isolement, vaccination, désinfection) prises par un conseil municipal nouvellement élu, l'épidémie diminua rapidement d'intensité et finit par s'éteindre complétement.

A. SEVESTRE.

Clinical lectures on mental and cerebral diseases, par J. CRICHTON BROWNE. (*Brit. med. Journ.* 19 *et* 26 *avril* 1873.)

C'est la fin d'une série de leçons sur les maladies cérébrales. Dans les deux dernières leçons, l'auteur traite du cancer du cerveau. Après avoir rappelé, ce que l'on sait généralement, la difficulté qu'il y a de reconnaître la nature d'une tumeur cérébrale quand on a pu en supposer l'existence, l'auteur prétend qu'il est possible, d'après certains signes du début de la tumeur, d'en diagnostiquer la nature; c'est d'abord un certain degré de mélancolie suivi peu après d'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. Quand ces signes, même à défaut de lésion cancéreuse appréciable d'un autre organe, précèdent une céphalalgie très-pénible et localisée, de la paralysie diffuse et progressive, des attaques épileptiformes, des troubles sensoriaux, on peut, suivant l'auteur, avoir de grandes raisons de supposer qu'on est en face d'une tumeur cancéreuse du cerveau. A. GOUGUENHEIM.

I. Sur un caractère sphygmographique que l'on peut observer dans certains cas de rétrécissement mitral.

II. Sur un procédé propre à augmenter l'amplitude du pouls dans l'asystolie, par le Dr R. LÉPINE. (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1873, *p.* 164.)

Dans 3 cas de rétrécissement mitral, le Dr Lépine a observé que le tracé sphygmographique présentait un dicrotisme aussi marqué que dans la fièvre typhoïde. Cette particularité s'explique par l'abaissement de la tension artérielle, lequel est le résultat de la diminution de volume du sang avec conservation de la force déployée par le ventricule.

Pour augmenter l'amplitude du pouls dans l'asystolie, il suffit, le sphygmographe étant appliqué solidement sur l'artère radiale, d'élever verticalement, ou à peu près, le membre supérieur du malade. La tension moyenne au niveau du point où le sphygmographe est appliqué est ainsi abaissée de 60 centimètres environ (ou de 4 centigrammes de mercure). Il en résulte, dans le cas où le pouls était insensible, un abaissement très-marqué des minima des ondulations, de telle sorte que le pouls devient très-apparent.

Cette augmentation du pouls s'observe aussi dans le cas où la tension est diminuée dans les divers états fébriles. Dans l'état normal de la tension, l'amplitude est au contraire notablement diminuée par l'élévation du bras. HENRI HUCHARD.

Ueber die Bedeutung des klatschenden Schalles in der Diagnostik bei der Percussion (Valeur diagnostique du bruit de claquement obtenu par la percussion), par le Dr M.-A. CHOMJÄKOW, de Kasan. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *nos* 36 *et* 38, 8 *et* 22 *sept.*)

Pour obtenir avec le marteau de plessimètre un bruit de *claquement*, il faut que deux surfaces lisses, séparées par une couche d'air, viennent

frapper l'une contre l'autre. Si ce phénomène de percussion s'observe si rarement dans les *affections de la poitrine*, cela tient d'une part à la résistance de la cage thoracique, qui se laisse très-peu déprimer, d'autre part à la structure des organes de cette cavité qui est très-peu favorable à la production de ce bruit. Il n'est qu'une circonstance où l'on puisse entendre parfois ce claquement; c'est au début du pneumothorax, alors que le diaphragme n'est pas encore abaissé. Dans ce cas, l'air épanché occupe l'espace compris entre la paroi thoracique et la portion antérieure du muscle. En percutant la base de la poitrine, à chaque coup de marteau, la paroi se déprime un peu et vient heurter le diaphragme qui repose sur le foie. C'est très-probablement ainsi que se produisait le *claquement costo-hépatique* signalé une fois par Saussier et Maillot.

Dans les *affections abdominales*, les conditions sont beaucoup plus favorables. En effet, les parois de cette cavité sont très-facilement dépressibles, et l'on a affaire à des organes, les uns compactes, les autres contenant de l'air. Ces conditions se trouvent réalisées : 1° dans les *épanchements gazeux* de l'abdomen. L'observation qui fait la base de ce travail est relative à un malade atteint de fièvre typhoïde qui se termina fatalement par une perforation intestinale.

Pendant quelques jours on observa au niveau de la région hépatique une sonorité tympanique et un bruit de claquement qui se déplaçaient suivant les positions du malade, le claquement siégeant toujours au niveau des parties les plus élevées. Ce bruit disparut un peu avant la mort, en même temps que reparaissait la matité normale du foie. Si ce claquement n'a pas été signalé plus souvent, c'est parce qu'une percussion un peu énergique est nécessaire à sa production, et qu'elle est rarement possible, vu les souffrances qu'elle détermine. Il faut en outre qu'il n'y ait pas d'adhérence du foie à la paroi abdominale et que la quantité de gaz épanchée ne soit pas trop minime. L'auteur expérimentant sur des cadavres a trouvé que la quantité d'air nécessaire variait de 3-30 centimètres cubes : le météorisme et la vieillesse des sujets sont des conditions défavorables.

2° Dans les *tumeurs* de la paroi abdominale postérieure, celles-ci refoulent en avant l'estomac ou le gros intestin, dont les parois opposées se trouvent rapprochées l'une de l'autre, et séparées seulement par une couche gazeuse peu considérable. Au moment de leur choc réciproque, on perçoit un claquement qui a pour caractère distinctif d'avoir un siége à peu près invariable et correspondant à la situation connue de l'estomac ou du colon. On ne saurait le confondre avec le *clapotement* stomacal. L'existence de ce claquement se trouve confirmée par une observation de sarcome des glandes rétropéritonéales refoulant l'estomac contre la paroi abdominale antérieure. J. B.

Ueber graphische Darstellung der Athembewegungen (De la représentation graphique des mouvements respiratoires), par Franz RIEGEL. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIe vol.* 1873.)

L'auteur a décrit dans le dixième volume du même journal un nouveau stéthographe de son invention ; il a fait connaître en même temps

les résultats que lui a donnés l'application de cet instrument à l'étude physiologique et pathologique de l'appareil respiratoire.

Il distingue trois formes de dyspnée, suivant que le trouble porte sur les deux phases du mouvement respiratoire ou seulement sur l'une d'entre elles. Les affections du larynx fournissent le type de la dyspnée inspiratoire. Riegel a obtenu ses plus beaux tracés chez un individu dont les dilatateurs de la glotte étaient paralysés. La dyspnée expiratoire se rencontre dans les affections des petites bronches et des alvéoles, dans celles qui diminuent l'élasticité pulmonaire et affaiblissent les puissances expiratoires. Elle n'est jamais mieux caractérisée que dans l'emphysème.

Les tracés stéthographiques permettent de bien étudier ces différentes formes de dyspnée. Riegel s'est demandé s'il ne serait pas possible d'inscrire également les mouvements anormaux que les affections localisées des voies respiratoires peuvent imprimer à certaines parties du thorax; il y est parvenu à l'aide d'un nouvel instrument qu'il décrit sous le nom de *double stéthographe.* H. HALLOPEAU.

Ueber klonische Krämpfe der Schlingmuskeln (Sur les convulsions cloniques des muscles de la déglutition), par le Dr KUPPER, d'Elberfeld. (*Archiv f. Ohrenheilkunde, nouvelle série,* 1873, *t. I, livr.* 4.)

Ces convulsions étaient produites chez un sujet prédisposé à ces accidents par un catarrhe naso-pharyngien: celui-ci a agi de la même façon que la conjonctivite dans les cas de convulsions de l'oculaire palpébral. Tous les muscles de la déglutition (stylo-glosse, mylo-hyoïdien, glosso-palatin, élévateurs et tenseurs du voile du palais) participaient aux mouvements convulsifs; il en résultait un bruit particulier dont le malade se plaignait comme ayant lieu dans ses oreilles et que l'on pouvait constater à l'auscultation.

Ce fait a une grande analogie avec le cas cité par Bœck (même journal, t. II, p. 203), tandis que, dans les autres observations analogues, le tenseur du voile du palais était le seul muscle atteint. (Comp. *Arch. f. Ohrenheilkunde,* t. VI, liv. III, p. 228.) KLEIN.

Plastic exsudation within the pleura. — Dry pleurisy (Des néo-membranes intra-pleurales. — De la pleurésie sèche), par le Dr J. ROSEBRUGH LEAMING. (*Archives of scientific and practical Medicine, n° 3, p.* 223-233, 1873, *New York.*)

L'auteur commencepar constater que les adhérences pleurales et l'épaississement de la plèvre consécutif à la formation de fausses membranes sont regardés jusqu'à présent par tous les observateurs comme à peu près impossibles à diagnostiquer pendant la vie. Ils ne présenteraient, en effet, au dire des auteurs les plus compétents, aucun signe propre à révéler leur existence. Le Dr Leaming croit cette assertion erronée, et, selon lui, on a donné une fausse interprétation des phénomènes qui appartiennent en propre à la pleurésie sèche.

Les râles dits sous-crépitants ou muqueux ne se produiraient pas, d'après l'auteur, dans les petites bronches, mais ils devraient se rattacher directement aux exsudats pleurétiques ; en un mot, ce seraient uniquement et exclusivement des bruits morbides intra-pleuraux.

L'intensité de ces râles prétendus bronchiques dépendrait du degré de consistance et de l'ancienneté des fausses membranes pleurales. Plus les adhérences sont anciennes, dit-il, plus les bruits se rapprochent de la crépitation et du bruit de cuir neuf.

L'auteur invoque à l'appui de cette assertion, aussi originale que nouvelle, d'une part ses recherches antérieures publiées dans le *New York medical Journal* (mai 1872), et, d'autre part, les résultats de ses observations nécroscopiques ; cherchant à généraliser ces prémisses, il arrive aux conclusions suivantes :

1° Les adhérences et la sécheresse de la plèvre sont les lésions qu'il est le plus commun d'observer dans les nécropsies ;

2° Si ces lésions n'ont pu jusqu'ici être diagnostiquées pendant la vie, c'est que les phénomènes auxquels elles donnent lieu ont été considérés comme d'origine pulmonaire ou bronchique ;

3° Ces adhérences pleurales méconnues peuvent, en empêchant l'ampliation thoracique, apporter un trouble sérieux dans la respiration et dans l'hématose, et favoriser ainsi le développement de la phthisie pulmonaire ;

4° Les deux tiers des cas de phthisie observés par l'auteur étaient accompagnés ou prédédés d'adhérences pleurales. L'hémoptysie serait très-commune dans cette forme de tuberculisation, qui du reste céderait plus aisément que toute autre à un traitement approprié ;

5° Les moyens proposés par l'auteur consistent à favoriser l'expansion des poumons et à stimuler la nutrition par un régime et par tous les moyens analeptiques. Cette dernière conclusion semble peu conforme à la pratique de l'auteur, qui administre à ses malades du calomel à doses fractionnées dans le but d'accélérer la résorption de l'exsudat pleurétique.

F. LABADIE-LAGRAVE.

De l'hydronéphrose partielle, par Chr. FENGER. (*Nordiskt med. Arkiv, t. V, 2e partie, n° 12, 1873, d'après le compte rendu français.*)

L'auteur passe en revue les observations assez rares d'hydronéphrose partielle mentionnées dans la littérature médicale.

Cette altération du rein est due, soit à l'oblitération d'un uretère dans les cas d'uretères doubles, soit à une obstruction d'un des calices.

La partie du rein qui correspond à l'uretère fermé ou au calice exclu se dilate, tandis que le rein reste en général normal.

Dans le fait observé par l'auteur, la lésion du rein avait pour cause un autre mode de développement, à savoir la formation d'une valvule au milieu du bassinet.

Un jeune homme de 20 ans fut pris de périty phlite, puis d'abcès par congestion dans la fosse iliaque droite et à la cuisse.

Dans le courant de la maladie, il se montra une tumeur ronde et fluctuante dans la région rénale droite. Cette tumeur disparut un jour subitement pour reparaître quelque temps après. Vers la fin de la maladie, une ponction exploratrice fit évacuer de l'urine, ce qui prouvait que l'on avait affaire à une hydronéphrose.

Six mois après le début de la maladie, de vastes abcès amenèrent la mort du patient, et, à l'autopsie, on trouva que le tiers supérieur du rein droit était transformé en un sac de la grosseur d'une tête d'enfant, séparé du bassinet, qui était situé plus bas et un peu dilaté, par une valvule mobile formée par la cloison naturelle de deux calices.

La formation de cette valvule était due à ce que l'uretère, simple dans ce cas, avait été comprimé par l'abcès périthyphlitique. Il en était résulté une dilatation moyenne de tout le bassinet, dans la partie supérieure duquel une des cloisons, plus longue que les autres, s'était adossée à la paroi opposée et séparait ainsi le tiers supérieur du bassinet des deux inférieurs.

Plus tard, la portion ainsi isolée s'était développée d'une manière indépendante et avait formé en moins de six mois un sac complet. La substance rénale environnante avait subi une atrophie telle qu'il n'en restait plus qu'une couche de 1 millimètre d'épaisseur à la paroi interne du sac.

Ein Beitrag zur Auscultation des Abdomen, par le Dr Julius SOMMERBRODT, Privatdocent à l'université de Breslau. (*Berlin. klin. Wochens.* 1873, *n°* 41, 13 *octobre.*)

Nouveau signe de *perforation intestinale*, tiré de l'auscultation de l'abdomen. Chez une malade qui présentait une vaste collection occupant à droite les fosses iliaques interne et externe, et s'étendant en bas jusqu'à la région trochantérienne, l'auteur put reconnaître la présence de gaz intestinaux dans l'abcès, non-seulement par la percussion et la palpation (son tympanique obscur, fluctuation, gargouillement et clapotement), mais aussi de la façon suivante. Lorsqu'on faisait mettre la malade sur le côté gauche, et qu'on pressait avec les doigts entre la crête iliaque et le grand trochanter dans la direction du cœcum, on percevait régulièrement au niveau de ce dernier un bruit de souffle très-net à timbre un peu amphorique et donnant à l'oreille la sensation d'air refoulé d'une cavité dans une autre communiquant avec la première par une étroite ouverture.

L'autopsie a confirmé la justesse du diagnostic en montrant une perforation de cœcum. J. B.

Temperature in yellow fever (Température dans la fièvre jaune), par Joseph JONES. (*The Boston med. and surg. Journal, août* 1873.)

Voici les résultats généraux obtenus par l'auteur d'après l'analyse de 48 faits observés dans l'épidémie de 1870 (Nouvelle-Orléans).

Le maximum de l'élévation thermique dans la fièvre jaune est rapidement atteint le premier, le deuxième ou le troisième jour de la maladie;

il varie de 102 F. (38°,88) à 110 F. (43°,38) dans l'aisselle ; du troisième au cinquième jour, la température baisse constamment et tombe au chiffre normal ou même descend au-dessous. Dans quelques cas graves, elle s'élève de nouveau jusqu'à la mort, sans cependant atteindre et surtout dépasser le chiffre de 104° F. (40°,0) dans la période que caractérisent les hémorrhagies passives, les vomissements noirs, l'ictère et la suppression des urines; elle n'arrive pas, en tout cas, au degré élevé de la première période.

La complication d'une phlegmasie viscérale, d'un abcès, d'un accès de fièvre paludéenne après le premier stade peut de même amener une élévation de la température avec de légères exacerbations vespérales.

Le pouls, au début, est rapide et plein. Sa fréquence n'est pas toujours en rapport avec l'élévation et avec les oscillations de la température. Dans beaucoup de cas, au contraire, on observe une remarquable discordance entre le pouls, qui diminue de fréquence et tombe même au-dessous de la normale, et la température, qui se maintient à un degré assez élevé ; mais d'un autre côté, quand approche la terminaison fatale, le pouls augmente de fréquence en même temps qu'il perd de sa force. — Une hémorrhagie abondante par l'intestin ou l'estomac peut être accompagnée d'une chute subite de la température alors que le pouls devient plus fréquent, mais plus faible et moins plein.

Le ralentissement du pouls qui se produit après la première période reconnaît pour origine diverses causes et particulièrement l'état graisseux du cœur et la rétention dans le sang des éléments de la bile ou de l'urine.

Si la température s'élève dans le premier stade de la fièvre jaune au-dessus de 105° (40°,5) le malade se trouve en danger sérieux, et si elle atteint 107° à 110° F (41°,6 à 43°,3) la mort est presque inévitable, quelque soit le traitement employé.

Dans les cas où la température monte rapidement dès le début à 106° F (41°,1) ou au delà, on peut observer la mort subite par le seul fait de cette élévation excessive de la température.

La recherche de la température n'est point utile seulement pour le pronostic, mais aussi pour les indications thérapeutiques. Dans les cas où elle atteint un degré élevé on doit chercher à obtenir un abaissement, et dans ce but l'auteur conseille le *veratrum viride* et les lotions, soit avec l'eau, soit avec un mélange d'eau, d'alcool et de vinaigre. L'administration dans les premières 24 heures d'un purgatif énergique, tel que le calomel, suivi immédiatement de une ou deux bonnes doses de quinine produit aussi de bons effets. A. SEVESTRE.

On the formation of uric acid calculi. — The preventive treatment of uric acid calculi (De la formation et du traitement des calculs d'acide urique), par George HARLEY, brit. med. Association. (*Med. Journ.*, 30 *août* 1873.)

L'auteur établit, dans une première communication, que l'urine normale ne contenant aucun dépôt, l'apparition fréquente de sédiments cristallins ou amorphes doit toujours être considérée comme la première

manifestation de la gravelle urique, et ce dépôt est toujours occasionné par une cause spéciale, lors même qu'il ne serait que temporaire et même insignifiant. Quand un calcul uratique a commencé à se former dans une partie des conduits urinaires, il grossit fatalement, et sans être pour cela influencé par une cause locale. L'acide urique entre pour une proportion de 7/10e dans la formation des calculs, et il se présente sous deux formes, la forme cristalline et la moléculaire. Les cristaux sont cimentés entre eux dans les calculs par une certaine quantité de matière colloïde. Ils passent par des couleurs très-variées, du blanc au rouge foncé, ce qui tient à la quantité plus ou moins grande d'hématine. Selon Harley, tous les calculs uratés se forment dans les reins et sont entraînés avec l'urine dans la vessie. Les auteurs ont prétendu à tort que la gravelle urique atteignait surtout les gens bien nourris et corpulents : on la rencontre aussi chez ceux qui sont mal nourris et émaciés. Il termine en faisant observer que cette maladie s'observe à tous les âges de la vie et dans des cas où l'hérédité est incontestable ; on sait qu'on l'a trouvé, même chez le fœtus dans la vie utérine.

Dans une seconde communication, l'auteur développe ses idées sur les moyens d'arrêter la formation des calculs d'acide urique et de faciliter l'évacuation de ceux qui n'excèdent pas le volume d'une fève. Il proscrit le thé, le café, le vin et la bière, ou du moins il en recommande un usage très-modéré. Il s'étend ensuite longuement sur l'emploi des alcalins, qu'il recommande particulièrement, sauf l'ammoniaque, qu'il faut éviter. Pour Harley, ce n'est pas seulement comme agents chimiques qu'agiraient les alcalins, mais surtout comme oxydants : Basham l'avait du reste déjà fait remarquer, et alors ils favoriseraient la transformation de l'acide urique en urée. Mais, pour atteindre ce résultat, il faut éviter de donner les alcalins à une trop forte dose. Le Dr Nunneley a observé que l'administration de 16 drachmes (28 grammes) de citrate de potasse avait diminué l'excrétion de l'urée, et le Dr Basham a démontré que 1 drachme et demi de ce sel, donnée en 3 doses par jour, avait augmenté sensiblement l'excrétion de l'urée. Le Dr Roberts, de Manchester, a vu, de son côté, que tandis que 16 grains (1gr04) de carbonate de potasse arrivaient à dissoudre 20 p. 0/0 d'un calcul d'acide urique, on n'obtenait plus ces résultats par l'administration de doses plus considérables. Le Dr Harley attire aussi l'attention sur la qualité de l'eau ingérée. L'eau calcaire est excessivement nuisible, et il recommande l'emploi d'eau distillée, non-seulement comme véhicule des boissons, mais aussi pour les usages de la table. Quant aux salutaires effets des eaux minérales comme eaux de table, l'auteur pense qu'ils sont dus à la présence de sels alcalins. De toutes ces considérations, il est aisé, on le voit, d'établir le traitement des graveleux et des calculeux à une période peu avancée de la maladie.

A. GOUGUENHEIM.

Observations de maladies de l'appareil respiratoire.

Varices du membre inférieur droit. — Phlébite et thrombose de la poplitée et de la fémorale. — Embolie de l'artère pulmonaire. — Mort subite, par M. SEUVRE.

Varices de la jambe. Mort subite par embolie pulmonaire, par M. le prof. VERNEUIL. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, tome VIII*, 1873, *p.* 302 *et* 303.)

I. — L'observation de M. Seuvre se rapporte à une femme âgée de 34 ans, qui était venue à l'hôpital pour des varices enflammées du membre inférieur droit. Après son entrée à l'hôpital la thrombose, qui n'occupait primitivement que les varices, s'étendit bientôt à la fémorale et à la poplitée, elle finit par envahir une grande étendue de ces vaisseaux. Malgré cette extension de la thrombose, l'état général restait bon quand tout à coup, dans la nuit, elle fut prise de dyspnée et mourut.

A l'autopsie l'on trouva un énorme caillot embolique obstruant l'artère pulmonaire à son origine, ou qui, pour mieux dire, replié sur lui-même, remplissait l'infundibulum du ventricule droit.

II. — Dans le cas de M. Verneuil, il s'agit d'une femme venue de province pour se faire traiter d'une tumeur variqueuse à la face interne de la jambe; cette tumeur était légèrement enflammée. L'affection paraissait en bonne voie d'amélioration quand tout à coup la malade, en montant dans son lit, mourut subitement. H. CH.

Pneumonie typhoïde du côte droit; hémiplégie incomplète correspondante, mort. Ulcérations de la vésicule biliaire par des calculs, par M. HERVEY. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e *série, tome VIII, p.* 250, 1873.)

Les symptômes de pneumonie furent précédés de plusieurs jours par les phénomènes typhoïdes; ils se montrèrent le 11 mars. Deux jours après, les signes physiques et généraux restant les mêmes, survint une hémiplégie incomplète du côté droit avec parésie du mouvement et de la sensibilité et augmentation de température des membres paralysés. La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie l'encéphale fut trouvé parfaitement sain. H. CH.

Soor im Kehlkopfe (Muguet du larynx), par le Dr Gottfried SCHEFF. (*Wiener medizinische Presse*, 1873, *n°* 25.)

Le muguet du larynx s'observe très-rarement et a même été contesté par certains auteurs. Scheff, après avoir résumé les opinions de Türck, Bruns, Tobold, Küchenmeister, Bednar, Robin, etc., décrit un cas très-concluant:

Il s'agit d'un homme de 56 ans, arrivé au dernier degré de la cachexie; on diagnostiqua pendant la vie, à la suite de l'examen au laryngoscope, du muguet siégeant sur les cordes vocales, dans le ventricule de Morgagni et s'étendant jusqu'à la trachée. L'individu étant mort, on vérifia le diagnostic à l'aide du microscope et l'on reconnut que le muguet *était réellement implanté* sur l'épithélium cylindrique et vibratile du conduit laryngo-trachéal.

L.-E. DUPUY.

Observations de maladies du tube digestif et de ses annexes.

Perforating idiopathic ulcer of the œsophagus, par le Dr HAWTREY BENSON, the Dublin pathol. Society. (*The Dublin Journal, juillet.*)

Il s'agit d'une femme de 50 ans, paraissant à cause de son état de maigreur en avoir 70 ou 80, et présentant les apparences de la cachexie cancéreuse. Elle accusait une légère douleur derrière le sternum, mais surtout une dysphagie considérable; elle ne pouvait avaler la plus petite quantité d'aliments ou de boissons, sans la rejeter de suite. En considérant ces symptômes, l'état général et tenant compte aussi de l'existence de ganglions hypertrophiés dans le cou, les aisselles, les aines, on porta le diagnostic de cancer de l'œsophage. La malade fut alimentée par le rectum. Au bout de quelques semaines, survint une amélioration remarquable et la déglutition devint possible. Mais cette amélioration fut de courte durée, et la malade ne tarda pas à succomber par le fait d'une diarrhée que l'on ne put arrêter.

A l'*autopsie*, on ne trouva rien d'anormal dans l'abdomen. Le poumon gauche fut enlevé avec soin et l'on put alors remarquer un orifice ovale siégeant sur l'œsophage à 5 pouces de son extrémité. Cet orifice résultait d'un ulcère qui, commençant à la surface muqueuse de l'œsophage, avait perforé toutes les tuniques de ce conduit, le feuillet pariétal de la plèvre et avait déterminé sur le feuillet viscéral correspondant la formation d'une plaque vascularisée.

En incisant l'œsophage, on trouva sur la muqueuse une ulcération déchiquetée, disposée autour de la perforation dans l'étendue de la paume de la main. La perforation avait le diamètre d'un « shilling » et présentait un bord arrondi épaissi.

L'auteur attribue la gêne temporaire de la déglutition à un spasme réflexe de l'œsophage. Quant à la nature de l'ulcère, qui serait pour lui d'origine inflammatoire, elle est peut-être contestable. A. S.

Clinical lecture on a case of ileo-colon intussusception (Leçon clinique sur un cas d'invagination de l'iléon dans le côlon), par J.-D. HEATON. (*Brit. med. Journ.*, 23 *août* 1873.)

L'auteur expose dans cette leçon un cas d'invagination assez intéressant, en le faisant suivre de quelques commentaires.

Le sujet qui fait l'objet de cette conférence est un homme de 40 ans, maçon, très-bien constitué, qui tomba malade le 21 décembre 1872 et resta ainsi jusqu'au 8 mars 1873, époque à laquelle il succomba. L'intérêt de ce cas est dans la présence d'une tumeur allongée partant de la fosse iliaque jusqu'à une petite distance des fausses côtes, tumeur dont la nature ne parut pas être soupçonnée pendant la vie, car pendant ce temps on reconnut bien que le malade souffrait d'une obstruction intestinale, mais sans pouvoir en préciser le siége. A. G.

Case of Bright's disease diagnosed in the first instance by means of ophthalmoscope; death from convulsions; autopsy; by W. BURMAN, M. D. (*Medical Times and Gaz.*, 18 *janvier* 1873.)

Une femme âgée de 53 ans est amenée le 5 novembre 1872 à l'hôpital, dans un état de mélancolie. Huit jours avant son entrée elle avait eu une crise ner-

veuse dont la nature resta inconnue : il fut seulement noté que pendant plusieurs heures, après cette crise, elle resta sans connaissance. A peine admise dans les salles, elle fut prise d'une nouvelle attaque convulsive. Les convulsions portaient sur un seul côté du corps, le côté droit ; elle avait de l'écume aux lèvres ; la perte de connaissance et l'insensibilité étaient complètes. De 5 à 8 heures du soir, elle eut quatre nouvelles attaques convulsives, dans l'intervalle desquelles la connaissance ne reparut pas ; à 11 heures 1/2 elle était dans le même état comateux ; de temps en temps reparaissaient quelques convulsions, mais alors elles étaient devenues générales, et portaient sur les deux côtés. Le Dr Aldridge examina les yeux à l'ophthalmoscope, et constata que la rétine présentait cette apparence diffuse et déchiquetée que l'on observe si souvent dans la maladie de Bright. Les urines furent examinées, et l'on y trouva de l'albumine. La malade resta plongée dans le coma jusqu'au 6 novembre ; quelques convulsions générales et bilatérales se manifestaient encore par intervalles ; tout à coup elle pâlit et, sans nouvelles convulsions, après quelques longs bâillements, elle mourut.

Autopsie. — Le corps présentait sur toute sa surface une teinte pâle inaccoutumée. Les reins pesaient 210 et 225 grammes ; les capsules n'adhéraient en aucun point ; la substance corticale était pâle et graisseuse ; sur les bords des pyramides était une ligne rouge foncé, interrompue par de nombreuses dépressions ; les pyramides étaient plus pâles et plus brillantes qu'à l'état normal.

Le foie présentait son aspect normal, et pesait 2,100 grammes. La rate, très-hypertrophiée, pesait 390 grammes.

Les poumons ne présentaient aucune altération. Le cœur, complétement vide de sang, pesait 570 grammes. Toutes les cavités étaient considérablement dilatées ; les parois du ventricule gauche étaient fortement épaissies et hypertrophiées. Les valvules aortiques étaient épaissies mais suffisantes. Cerveau : à la face supérieure des deux hémisphères, dans la cavité de l'arachnoïde il y avait un épanchement considérable de sang. A la coupe du tissu cérébral, on voyait cet épanchement se continuer à travers la substance blanche jusque dans le corps ovale de chaque côté. Au niveau des corps striés existaient plusieurs taches brunâtres, restes d'anciens caillots. A la base, sur plusieurs points les vaisseaux présentaient des dépôts opaques, athéromateux.

Remarques. — En présence des convulsions unilatérales du début, on crut d'abord chez cette malade à une apoplexie cérébrale ; plus tard, après l'examen des urines, après l'examen ophthalmoscopique et quand les convulsions furent devenues générales, l'idée d'urémie fut acceptée. Se fondant sur la théorie de sir James Simpson, que le sucre empêche dans l'urémie la transformation de l'urée du sang en ammoniaque, on administra le chloroforme à cette malade pendant une heure de suite ; une saignée de 30 grammes fut de plus pratiquée ; le tout sans succès. Bien que la malade n'ait jamais exhalé par sa respiration la moindre odeur d'ammoniaque, l'altération des reins constatée à l'autopsie confirme l'idée d'un certain degré d'urémie ; mais la lésion principale existait dans le vaisseau, et c'est à une apoplexie cérébrale, liée aux altérations des cerveaux et à l'hypertrophie du cœur qu'on avait certainement à faire. Que l'affection du cœur ait été elle-même consécutive à la maladie des reins, le fait est vraisemblable, et ce n'est pas là une des moindres complications de la maladie de Bright.

J. DUBRISAY.

Ein Fall von Gallenfistel (Cas de fistule biliaire), par WESTPHALEN. (*Deutsches Archiv f. klinische Medicin, IXe vol., 2e partie.*)

X..., âgé de 32 ans, entre le 1er mai 1872 à l'hôpital de Kiel; il ressent depuis quelques semaines de la douleur dans le côté droit; il a de la dyspnée et de la fièvre. Depuis deux mois il a présenté à deux reprises, pendant quelques jours, une légère coloration ictérique des téguments, avec décoloration des fèces; le 27 avril, il a eu une vomique, et depuis il expectore chaque jour une quantité considérable de pus.

La plèvre droite est le siége d'un épanchement qui remonte jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale; le malade est cyanosé; il y a menace d'asphyxie par le pus qui arrive en masse dans la bouche; on fait, dès le lendemain, l'opération de l'empyème : l'incision, pratiquée dans le cinquième espace intercostal, donne issue à environ 400 grammes de pus fétide. On fait des lavages dans la cavité pleurale avec de l'eau légèrement salée; les crachats renferment d'abord un peu de sang mêlé au pus, mais dès le troisième jour ils perdent complétement leur caractère purulent; le liquide qui s'écoule par la plaie cesse d'être fétide et prend une coloration jaunâtre de plus en plus prononcée, en même temps qu'il devient plus limpide.

On fixe dans la plaie un tube en caoutchouc, de manière à pouvoir recueillir complétement le liquide; il présente bientôt tous les caractères de la bile; *les fèces sont complétement décolorées;* il n'y a pas trace d'ictère; l'état général s'améliore rapidement, la fièvre diminue. Le 30 mai, après l'administration d'un purgatif salin, la matière colorante de la bile reparaît en petite quantité dans les fèces; le même jour, on remarque une diminution dans la quantité de liquide éliminée par la fistule; le 3 juin, le tube s'oblitère; l'écoulement cesse pendant 12 heures environ; lorsqu'il se rétablit, on constate que le liquide a un poids spécifique beaucoup plus élevé qu'auparavant et qu'il renferme une quantité presque double d'éléments solides. Le même jour, le malade rend des matières colorées par la bile. Il est dès lors établi que ce liquide peut encore suivre ses voies d'excrétion naturelles et que par conséquent la guérison de la fistule peut être espérée. En effet, le 10 juin, on bouche l'orifice fistuleux, et aussitôt les selles reprennent leur coloration normale; aucun accident n'est survenu depuis, et l'on a obtenu, au bout de peu de temps, la cicatrisation de la petite plaie.

Quelle a été chez ce malade l'évolution des phénomènes morbides? Il a été atteint primitivement d'une hépatite suppurée dont il faut peut-être chercher le point de départ dans un ulcère de l'estomac (?).

Au mois de mars, l'abcès s'ouvrit dans la plèvre, puis bientôt dans les bronches, et enfin dans un gros conduit biliaire. Le lendemain même du jour où fut pratiquée l'opération de la thoracentèse, l'action anti-septique de la bile fit disparaître immédiatement la fétidité du pus. (Bartels, utilisant cette propriété de la bile, a réussi depuis, dans un cas d'abcès péri-pleural, à enlever complétement au liquide son odeur fétide, en pratiquant chaque jour des lavages avec de la bile de bœuf étendue.) Pendant plus de quinze jours, toute la bile excrétée s'écoula par la fistule; dès que cette voie lui fut fermée, elle reprit son cours normal.

Tout le liquide qui s'écoula du 18 mai au 10 juin fut recueilli par les soins de Wesphalen : il représentait, au moins pendant les 10 premiers jours, la totalité de la bile excrétée, car ni les urines ni les fèces n'en contenaient de traces. Cette bile était presque complétement pure; elle ne renfermait d'autres éléments anormaux qu'un petit nombre de glo-

bules purulents, et, par instants, un peu d'albumine. En mesurant, toutes les quatre heures, la quantité de bile excrétée, on reconnut qu'il s'en écoulait une quantité approximativement égale aux différentes heures du jour; il y avait cependant une diminution sensible vers la fin de la nuit: elle était compensée par une augmentation notable du poids spécifique. La totalité de la bile recueillie en 24 heures s'élevait en moyenne à 500 grammes; son poids spécifique était de 1012,5 à 1008; elle contenait environ 2,25 0/0 de matières solides. La sécrétion n'a été influencée ni par les diverses modifications qu'a subies le régime du malade, ni par les divers agents thérapeutiques qui ont été administrés. C'est ainsi que, les 28 et 29 mai, il s'est écoulé la même quantité de liquide que précédemment, malgré l'ingestion d'une grande quantité de boisson; une forte dose de calomel donnée le 7 juin n'a pas eu plus d'action.

Les chiffres cités plus haut ne peuvent être considérés comme normaux, car le malade était profondément débilité et la sécrétion biliaire était vraisemblablement moins active chez lui qu'elle ne l'est à l'état physiologique. Ils sont en effet inférieurs à ceux qu'ont trouvés Ranke et Harley, chez des malades également atteints de fistules biliaires : celui de Ranke rendait en moyenne 652 grammes de bile par jour; celui de Harley, 600 grammes. HALLOPEAU.

Ueber die Aneurysmen der Arteria lienalis (Sur les anévrysmes de l'artère splénique), par le Dr C.-L. HEPPNER. (*St-Petersburger medicinische Zeitschrift.* 1872, 3. *Heft.*)

D'après les recherches de Lebert, l'anévrysme de l'artère splénique est presque aussi fréquent que celui de la mésentérique supérieure. Sur 39 cas de dilatation des bronches de l'aorte abdominale, 10 concernent l'artère splénique, 10 la mésentérique supérieure, 8 l'hépatique et ses branches, 3 le tronc cœliaque et la mésentérique inférieure, 2 l'artère rénale ; 2 fois il y avait dilatation simultanée de la cœliaque et de la mésentérique supérieure, 1 fois de cette dernière et de l'hépatique.

Les anévrysmes de l'artère splénique ont été observés par Morgagni, Chambert, Leudet, Legrand et Cruveilhier; il s'en trouve aussi des exemples dans le musée du Royal College of Surgeons et de Bartholomew's Hospital, à Londres. Mais, dans tous ces cas, il s'agit de trouvailles d'autopsie et d'anévrysmes peu considérables. Le fait que publie Heppner est au contraire une observation clinique et anatomique dans laquelle la mort a été le résultat de l'anévrysme :

Femme de 58 ans, chez laquelle l'exploration abdominale permet depuis longtemps de constater une rate énorme, atteignant presque l'ombilic, et dans le creux épigastrique une tumeur pulsatile grosse comme une pomme. Les pulsations sont sensibles pour la malade et visibles lorsque l'intestin est vide. On a pu plusieurs fois saisir la tumeur isolément et y constater un mouvement d'expansion rhythmique en tous sens; dans plusieurs explorations on a constaté aussi un souffle très-net. La consistance de la tumeur est dure et donne l'idée d'une tumeur ganglionnaire ou d'un néoplasme solide. Elle est légèrement mobile, surtout dans le sens latéral. La malade offre du reste une scoliose et les 11e et 12e vertèbres dorsales sont sensibles à la pression. Peu de symptômes subjectifs.

La tumeur épigastrique ne cause qu'une légère incommodité ; mais la pression à ce niveau produit un malaise indéfinissable et, lorsqu'elle est forte, une douleur aiguë. La rate, au contraire, est beaucoup plus sensible et de temps en temps survient une douleur déchirante dans l'hypochondre gauche. Par intervalles, vomissements et diarrhée ; le ventre a toujours été très-sensible.

La malade avait fait une chute grave à l'âge de 8 ans, mais ne s'en était nullement ressentie. Elle avait eu à l'âge de 16 ans un violent refroidissement à la suite duquel ses règles cessèrent subitement ; une forte fièvre survint avec douleurs localisées au creux épigastrique et dans l'hypochondre gauche. Depuis, il y eut toujours des troubles digestifs et la malade était gênée par le volume considérable de son ventre. L'hypertrophie de la rate avait été déjà constatée il y a 40 ans par le Dr Riedel, et la tumeur pulsatile de l'épigastre est connue de la malade depuis 10 ans. Heppner pensa à un anévrysme du tronc cœliaque avec participation possible de quelqu'une de ses branches. D'autres médecins diagnostiquèrent une tumeur solide. Un an plus tard celle-ci n'avait augmenté ni de consistance ni de volume, ce qui pouvait bien faire rejeter l'anévrysme. Cependant une nuit la malade fut réveillée par une violente douleur au creux épigastrique ; elle se leva précipitamment, mais tomba presque aussitôt sans connaissance. Elle mourut quelques instants après.

A l'autopsie on trouve : un liquide séro-sanguinolent dans le péritoine, quelques petits coagula dans l'épaisseur du grand épiploon, le petit épiploon entièrement rempli de caillots mous au milieu desquels se trouve la tumeur. La rate, très-volumineuse, dépasse en bas d'une largeur de main le rebord costal ; sa face externe adhère solidement au diaphragme ; sa capsule est épaissie ; son tissu s'en va en bouillie et il reste après le lavage un système de trabécules entre lesquels on voit tout près du hile plusieurs petites tumeurs qui paraissent être des dilatations vasculaires.

L'aorte abdominale paraît normale ; tous les vaisseaux qui en naissent au niveau du plexus solaire sont entourés d'une masse de tissu conjonctif épaissi qui se continue le long du bord supérieur du pancréas jusqu'à la capsule splénique. Le tronc cœliaque et ses branches sont dilatés ; l'artère splénique paraît être le prolongement de ce tronc ; elle suit son trajet ordinaire, décrit des sinuosités semblables à celles de l'intestin, et après un trajet de 19 cent. se dilate tout à coup en une tumeur anévrysmale contenue dans le petit épiploon ; elle est cependant élargie dans tout son parcours, et, près de l'anévrysme, son diamètre est égal à celui de l'aorte au même niveau.

L'anévrysme forme une tumeur ovoïde de 7c,5 de long sur 6 cent. de large ; sa surface est très-inégale et calcifiée par places ; l'ouverture du sac se trouve en arrière, immédiatement au-dessous de l'embouchure de l'artère splénique. L'examen de ses parois montre que c'est surtout la tunique moyenne qui est envahie par la dégénération calcaire ; la tunique externe est intacte, l'interne est seulement altérée par places. Dans l'intérieur se trouve un caillot fibrineux ferme et adhérent ; ce caillot circonscrit un espace dans lequel s'ouvre le tronc artériel principal et d'où partent deux troncs secondaires ; la déchirure du sac répond aussi à cet espace. Les troncs secondaires et leurs branches présentent aussi, avant de pénétrer dans la rate, plusieurs dilatations anévrysmales ; on en compte 7 aux environs du hile, dont 2 ont presque le volume d'un œuf de canard, et même dans l'épaisseur du parenchyme splénique. On en voit encore çà et là dont le nombre et les rapports n'ont pu être exactement déterminés ; leur volume varie entre un pois et une noisette. La veine splénique et ses branches sont très-dilatées ; ses parois sont épaissies et présentent des inscrustations calcaires.

L. LACOMBE.

Observations diverses.

Sclérose symétrique des cordons antéro-latéraux; atrophie musculaire progressive; lésion du noyau de l'hypoglosse, par M. GOMBAULT. (*Soc. de Biol., séance du* 15 *avril* 1872; *Gaz. méd. de Paris, n°* 38, 1873.)

Le début de l'affection chez cette femme, âgée de 58 ans, paraît avoir été assez brusque. A son entrée dans le service de M. Charcot, on constate l'état suivant : physionomie hébétée; bouche grande ouverte, laissant écouler la salive; les mouvements de l'orbiculaire des lèvres et des muscles masticateurs sont peu énergiques ou gênés ; l'articulation des mots est abolie, quoique l'intelligence ne semble pas notablement altérée. La langue, atrophiée, agitée de mouvements fibrillaires, creusée en sillon, est atteinte d'une impuissance motrice à peu près complète; la gêne de la déglutition est prononcée et les liquides, les aliments qu'on introduit sortent par les lèvres sans jamais passer par les fosses nasales, ce qui s'explique par la conservation de tous les mouvements du voile du palais. L'impuissance motrice, complète dans le membre supérieur gauche, est un peu moins prononcée dans celui du côté droit. Contraction légère siégeant dans les doigts et les muscles du bras et de l'avant-bras; masses musculaires atrophiées plus à gauche qu'à droite et peut-être davantage à la racine du membre qu'à son extrémité ; disparition presque complète des muscles de l'épaule, et surtout du deltoïde, des muscles grands pectoraux qui sont animés de contractions fibrillaires au moindre attouchement. Les membres inférieurs, moins amaigris, égaux en volume, peuvent encore se mouvoir sur le plan du lit, les muscles et surtout ceux du mollet sont agités de mouvements fibrillaires. Tous les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité, qui détermine dans certains points des contractions fibrillaires. Pas de trouble visuel, pupilles égales, sensibilité générale normale, ni sucre ni albumine dans les urines, pouls à 104. Dans les derniers jours, le pouls s'accélère, la déglutition devient absolument impossible, enfin le pouls est insensible, les extrémités froides, les téguments prennent une teinte cyanique et la malade meurt.

A *l'autopsie*, on trouve le cœur, les poumons, le foie, la rate, les reins normaux. Certains muscles sont très-atrophiés et profondément altérés (grands pectoraux, deltoïde, grand dentelé, etc.). Cependant, on n'a trouvé dans les muscles de la langue aucun état granuleux.

Les racines de la plupart des nerfs bulbaires présentent des caractères histologiques voisins de l'état normal : à peine y avait-il quelques fibres altérées, les unes contenant de fines granulations, les autres ayant perdu leur cylindre de myéline. Pas plus que les racines, le tronc de ces nerfs n'est, dans leur trajet ultérieur, notablement altéré. Les fibres de l'hypoglosse parvenue à la base de la langue sont saines, ainsi que les racines antérieures des nerfs rachidiens.

Dans le *bulbe rachidien*, on constate les lésions de la substance blanche et de la substance grise. Les éléments cellulaires qui constituent les noyaux d'origine des nerfs bulbaires offrent une altération identique à celle décrite en 1870 par M. Charcot à propos d'un cas de paralysie labio-glosso-laryngée : dégénération, atrophie pigmentaire de la cellule aboutissant à la disparition complète de l'élément, marquée surtout dans le noyau de l'hypoglosse. Pas d'altération des olives. La lésion de la substance blanche occupe toute l'étendue des pyramides antérieures, qui sont le siége d'une sclérose manifeste; sur les mêmes coupes, on constate que l'intégrité des racines nerveuses dans leur trajet intra-bulbaire contraste singulièrement avec l'atrophie si prononcée de leur noyau d'origine.

La *moelle* est le siége d'altérations étendues portant sur les cornes antérieures de la substance grise et sur les cordons antéro-latéraux. Ceux-ci

présentent, sur des coupes transversales, tous les caractères de la sclérose des faisceaux blancs. Les cordons postérieurs, les racines antérieures dans leur trajet intra-spinal, etc., sont exempts d'altération. Dans la substance grise, on trouve la même lésion cellulaire que celle décrite à propos du noyau de l'hypoglosse ; elle est exactement limitée à l'aire des cornes antérieures de la substance grise et symétriquement disposée dans les deux moitiés de la moelle. L'altération diminue d'étendue à mesure qu'on s'avance vers les parties inférieures et la névroglie dans la substance grise de la moelle n'a pas plus pris part au travail morbide que dans le bulbe : ainsi l'on peut voir des cellules réduites à quelques granulations pigmentaires au sein d'un tissu parfaitement normal.

A propos de cette observation intéressante, M. Charcot insiste sur la symptomatologie de la *sclérose symétrique des cordons antéro-latéraux.*

Cette affection s'accompagne ordinairement d'une atrophie musculaire. Mais celle-ci est précédée par les symptômes paralytiques, tandis que dans l'atrophie musculaire il ne paraît pas y avoir de paralysie préexistante. Un second point à noter, c'est la symétrie parfaite de la lésion depuis le bas de la moelle jusqu'à l'entrecroisement. L'atrophie musculaire doit être rapportée à l'atrophie des cellules nerveuses des cornes antérieures, et l'altération des cellules se fait indépendamment de celle de la névroglie. La sclérose des cordons est primitive, la paralysie des membres ne se montre que plus tard, mais il y a entre les deux phénomènes une connexité probable, répondant à un lien anatomique. Or, on sait que dans la partie postérieure des cordons latéraux, il existe des fibres qui se recourbent vers la substance grise et se mettent probablement en communication avec les cellules de cette région. Par conséquent, l'irritation des tubes nerveux peut se transmettre par cette voie, et les cellules des cornes antérieures doivent être affectées par une sorte de retentissement, au milieu de la névroglie restée saine. Dans le cas cité précédemment, les racines partant des cornes antérieures dans les points répondant aux régions musculaires affectées n'étaient presque pas altérées, de sorte qu'on peut croire qu'il n'y a pas de relation nécessaire entre l'atrophie des cellules et celle des tubes, à moins qu'on ne soit disposé à admettre avec M. Vulpian que les tubes, après s'être altérés, ont subi une régénération qui ne s'est pas étendue aux cellules.

HENRI HUCHARD.

Tumeur sarcomateuse de la colonne vertébrale ; décubitus aigu, suite de compression brusque de la moelle, par M. L. COLIN, prof. au Val-de-Grâce. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, tome VIII*, 1873, *p.* 503.)

Jeune soldat. Débute, au mois de septembre 1872, par des douleurs dans le côté droit de la poitrine, qui pendant trois mois furent les seuls symptômes éprouvés. Au bout de ce temps les douleurs envahirent assez brusquement le côté gauche. Dès lors elles devinrent intolérables. En même temps un peu de paresse de l'intestin et urines alcalines épaisses.

Le symptôme dominant, à cette époque, était une violente douleur lombaire avec exacerbation vespérale, mais sans aucun trouble du côté des membres inférieurs, ni aucune déformation de la colonne vertébrale.

Pour la première fois le 9 janvier, 5 mois après l'apparition des premiers symptômes, il éprouva dans les cuisses quelques fourmillements et de légers troubles de la sensibilité.

Pendant les quelques jours qui suivirent, les symptômes s'accentuèrent et la mobilité elle-même s'affaiblit.

Le 14 janvier, apparut brusquement une paraplégie complète avec anesthésie. — Très-rapidement, des eschares se montrèrent à la région postérieure du tronc, s'étendant aux deux trochanters, qui furent dénudés.

La mort eut lieu le 6 mars.

L'on trouva à l'autopsie une tumeur sarcomateuse ne pénétrant pas dans le canal rachidien, mais ayant détruit un disque intervertébral et ayant produit la saillie de la onzième vertèbre dorsale, que l'on put constater au moment de la production de la paraplégie. H. CH.

Anévrysme disséquant; hemorrhagie de la plevre gauche; paralysie successive de tous les membres; rupture du cœur droit, par le Dr Jules BESNIER. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris, 5e série, tome VIII*, 1873, *p.* 233.)

Cette observation, recueillie avec soin, offre un intérêt tout particulier.

Il s'agit d'un homme de 63 ans. Début par une paralysie du membre supérieur gauche survenue tout à coup sans perte de connaissance et sans attaque apoplectique. Ce membre était froid dans toute son étendue et en état de résolution. En même temps, diminution notable de la sensibilité cutanée avec douleurs vives intermittentes et spontanées. En ce moment, le malade n'éprouvait aucun autre phénomène morbide, l'intelligence était intacte, la parole libre. Bientôt après, et en la présence même de M. Besnier, le membre inférieur droit fut pris, puis le membre supérieur droit, et enfin le membre inférieur gauche.

En même temps les battements artériels n'étaient plus appréciables dans les membres atteints. Au cœur, bruit de souffle au 2e temps. — Sous l'influence de sinapismes et de frictions, il se manifesta une amélioration passagère; mais bientôt tous les phénomènes s'accentuèrent, et la mort survint six heures après le début des accidents.

A l'*autopsie* l'on trouva:

1° Un épanchement d'environ un litre de sang dans la plèvre.

2° Une insuffisance aortique très-manifeste.

3° Une rupture du ventricule droit à sa face postérieure.

4° Une dilatation notable des deux ventricules.

5° Anévrysme disséquant de l'aorte et de ses branches jusque sur les artères humérales.

Il est probable que les accidents se sont ainsi succédé; rupture de la paroi aortique donnant lieu à l'anévrysme disséquant; ouverture de ce dernier dans la plèvre gauche, épanchement de sang, refoulement du poumon, et en conséquence gêne de la circulation pulmonaire; et, par suite, rupture du ventricule droit, atteint de longue date de dégénérescence graisseuse et de dilatation.

La paralysie des membres a dû être causée par suite de la gène de la circulation; ce fait n'a pu être démontré, l'autopsie n'ayant pu être poursuivie. H. CHOUPPE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Handbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie. 1 Bd.-Die Krankheiten d. Larynx u. d. Trachea, u. Schilddrüse u. d. Thymusdrüse (Traité de pathologie

et thérapie spéciales. Maladies du larynx, de la trachée, du corps thyroïde et du thymus), par A. Duchek. — Erlangen.

Studii di clinaca medica praticati durante l'anno scolastico 1871-72 (Études de clinique médicale faites durant l'année scolaire 1871-72), par le Dr Henri De Renzi. (*Il Morgagni*, fasc. VII et VIII, p. 480). *Sommaire*. I. Paralysie pseudo-hypertrophique. II. Effets du condurango, spécialement dans le traitement du cancer. III. Traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électro-acupuncture. IV. Action des sulfites sur l'organisme humain et leur efficacité dans les fièvres intermittentes. V. Etude sur les carcinomes abdominaux. VI. Origine et quantité du phosphate de chaux dans les urines des phthisiques. VII. Action réductrice de la salive de personnes diabétiques sur les substances amylacées. VIII. Etudes sur le diabète et la polyurie.

Keinere Beitræge zur Kenntniss der Zustænde und Krankheiten des hoheren Alters (Contribution à l'étude de la constitution et des maladies des vieillards), par C. Mettenheimer. (*Memorabilien*, 3, 4, 5, 6e fascicul. Heilbronn.)

Traité pratique d'auscultation, par le Dr L. Maillot. Paris, J.-B. Baillière, 1874.

Kritisches zur Technik der mittelbaren Percussion (Critique au sujet de la percussion médiate), lettre du Dr Paul Niemeyer au professeur M. A. Wintrich. (*Deutsche Klinik*, no 44.)

Report of medical cases for 1871 (Rapport sur les cas médicaux pour l'année 1871), par les Drs J. Cavafy et F. Laking. (*Saint-George's hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 315.)

Congrès médical de France, 4e session tenue à Lyon. 1 fort volume in-8o. (Ce volume renferme les principaux articles suivants: des épidémies de variole, des ambulances en temps de guerre, des plaies par armes à feu, de la dépopulation en France, traitement de la syphilis, enseignement de la médecine et de la pharmacie en France, des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin, etc.), par les Drs Teissier, Léon Le fort, Ollier, Diday, Trélat, Verneuil, Drysdale, etc.). Paris, Adrien Delahaye, lib. éditeur.

Thermomètres physiologiques et thermométrie mathématique, par E. Seguin. Br., 15 p., New-York.

Allgemeine Pathologie der Krankheiten d. Nervensystems (Pathologie générale des maladies du système nerveux), par G. Huguenin. Zurich.

Fall von Embolie einer Hirnarterie (Embolie cérébrale), par J. Trumpy, *Schweiz. Corr.-Bl.*, p. 193.

Sur la congestion capillaire passive du cerveau, par J.-B. Graves (*Philad. med. and surg. Reporter*, mai, p. 347).

Tumeur de la protubérance: hémiplégie droite, paralysie du moteur oculaire externe gauche, parésie incomplète du muscle adducteur droit, par M. Cauchois. (*Bull. de la Société anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, page 258.)

Unilateral chorea; disease of the corpus striatum and optic thalamus on the side opposite to that affected (Chorée unilatérale avec lésion du centre ner-

veux), par le Dr A. W. Foot. (Soc. Path. de Dublin. *The Dublin Journal*, octobre.)

Over een ziektegeval van Leptameningitis basilaris (Sur un cas de méningite basilaire), par A. de Jongh. (*Thèse de Groningue*, nov.)

Cas de méningite tuberculeuse aiguë, par C. Seymour. (*Philad. med. Times*, III, mars.)

Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par M. Troisier. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, p. 366.)

Méningite tuberculeuse, par M. Hervey. *Idem*, p. 498.

Individuelle Physiognomie der Meningitis tuberculosa (Caractères idiopathiques de la méningite tuberculeuse), par le Dr J. Bierbaum. (*Deutsche Klinick*, nos 33 et suiv.)

Meningite tubercolare; ramollimento e tumore al lobo mediano del cerveletto ; sintomi agli organi genitali (Méningite tuberculeuse; ramollissement et tumeur du lobe médian du cervelet; symptômes du côté des organes génitaux), par le Dr Albertoni. (*Gaz. med. ital. Lomb.* no 2. — *Rivista di med., di chir., di terap.*, janvier, fasc. 1er et 2e.)

Cas de méningite cérébro-spinale, par Ludlow. (*The Clinic*, mai.)

Méningite cérébro-spinale, par F. K. Bailey. (*Philad. med. and surg. Reporter*. XXVIII, p. 475, juin.)

Notes on some cases of cerebro-spinal meningitis (Note sur quelques cas de méningite cérébro-spinale), par B. D. Gifford. (*The Boston med. and surg. Journal*, septembre.)

Sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par D. J. Cummings. (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXVIII, p. 469, juin.)

Méningo-encéphalite chronique, Hyperhydrurie, par le Dr Bergeret. (*Lyon méd.*, no 18, p. 552.)

Cases of nervous disease, par Hughlings Jackson. (*Brit. med. association, Brit. med. Journ.* 23 août.)

Neuropathologische Beobachtungen (Observations de maladies nerveuses), par A. Seegmuller. (*Festchrift*, 41 p.)

Nevralgia and kindred diseases of the nervous system: their nature, causes, and treatement. Also a serie of cases, preceded by an analytical exposition of them etc. (Névralgies et maladies analogues du système nerveux, leur nature, leurs causes, leur traitement, observations, etc.), par John Chapman. Londres, J. et A. Churchill.

Cas de maladie nerveuse, aphasie, par R. Bartholow, (*The Clinic.*, IV juin et juillet.)

Paralysie partielle des membres supérieurs congénitale, héréditaire, progressive, avec ou sans atrophie musculaire, par MM. les Drs Gueury et Cuignet. (*Bull. méd. du Nord*, no 6.)

Beitrag zur Lehre v. der Aphasie (Leçons sur l'aphasie), par W. Hannes. Breslau.

Portion on a lecture on the diagnosis between general paresis and progressive locomotor ataxy (Du diagnostic différentiel de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice progressive), par W. H. O. Sankey. (*Brit. med. Journ.* 20 nov.)

On suffocation during a fit in cases of épilepsy (Sur la mort par suffocation dans les attaques d'épilepsie. 8 observations), par T. Algernon Chapman. (*The Glasgow med. Journal*, août.)

Della coscialgia nervosa, par A. Minich. (*Giorn. ven. di se. med.* Venise, mai et juin 1873.)

Cas de névralgie bilatérale du nerf circonflexe huméral, par K. Malmsten. (*Upsala lækareforen*, 145.)

Sulla balbuzie (Sur le bégaiement), III. Thérapeutique, par le Dr Raphaël Coen. (*Il Morgagni*, fasc. VII-VIII, p. 471).

On cases of simple vertigo (Cas de vertige idiopathique), par T. Clifford Albutt, (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet.)

On the causes and treatment of certain forms of sleeplessnen (Des causes et du traitement de certaines formes d'insomnie), par Dyce Duckworth. (*Brit. med. Journ.*, 30 août.)

Acute anemia due to fright (Anémie aiguë causée par une frayeur), par Dyce Duckworth, *St-Bartholomew's hospital.* — *Brit. med. Journ.* 23 août.

Lectures on diseases of the heart (Leçons sur les maladies du cœur). par Th. Peacock (*Med. Times and Gaz.*, 19 juillet).

On the pathology and treatment of shock and syncope (Etude pathologique et traitement de la commotion et de la syncope), par E. Lauder Brunton. (*The Practitioner*, octobre.)

On thrombosis in cases in which the arterial walls and viscera are natural (De la thrombose dans les cas où les parois artérielles et les viscères sont sans altération), par T. Whipham (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-2, p. 249.)

Anévrysmes du cœur, MM. Debove, Hanot et H. Liouville (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, tome VIII, XLVIIIe année, p. 351 et 369.)

Anévrysmes de la pointe du cœur, par Landouzy. (*Idem*, p. 484.)

Du double bruit de souffle intermittent crural, par M. A. Sevestre. (*Idem*, page 414.)

Thoracic aneurism; consolidation of the tumour under treatment (Anévrysme thoracique; consolidation de cette tumeur par le traitement), par Fr. Irv., de Lisle. (*Med. Tim. and Gaz.*, 30 août.)

Clinical lecture on a case of rupture of the aortic valves (Leçon clinique sur un cas de déchirure des valvules aortiques), par William Pepper. (*Philadelphia medical Times*, 25 oct., IV, p. 49.)

On a case of pericardial effusion, in wich paracentesis was performed, par M. Thomas Barlow. (*The Practitioner*, octobre.)

Considérations sur la claudication intermittente par oblitération artérielle, par P. Alexandre Sabourin. (*Thèse de Paris*, n° 381.)

Sopra un caso di emofilia grave curato nel civico spedale di Padova (Cas d'hémophilie grave traité dans l'hôpital civil de Padoue), par le Dr L. Sotti. (*Gaz. med. ital. prov. veneti* 1873, n° 2.) *Rivista di med., di chir., et di terap.*, janvier, fasc. 1er et 2e.)

Observation d'une affection des extrémités non encore décrite, par le Dr Grenier. (*Brid. med. Journ.* n° 39.)

Klinik der Brustkrankheiten (Clinique des maladies de poitrine), par H. Lebert. Tubingue.

Expériences sur la production du bruit de pot fêlé dans les cavernes pulmonaires, par Cornil et Grancher. (*Soc. de biol.*, Séance du 1er février.)

Ueber den tympanitischen and nicht tympanitischen und über den vollen Schall (Des sons tympanique et non tympanique plein et non plein), par Latschensko. (*Deutsches Archiv. fur klinische Medicin* XII vol.)

Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose, par J. Bergeaud. (*Thèse Paris*, A. Delahaye.)

Sur le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, par C.F. Roher. (*Schweiz. Corr.-Bl.* 9.)

Sur le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, par V. Schepelern. (*Hospitals-Tidende* XV, p. 77.)

Avertenze cliniche sulle pneumonite e sulle sue varietà nei luoghi palustri (Remarques cliniques sur la pneumonie et les variétés cliniques dans les localités palustres), par le Dr C. Pisani (*Rivista di med. di chir., e di terap.* de Milan, 31 mars, fasc. 6e.)

Clinical lectures on two cases of acute phthisis (Leçons cliniques sur deux cas de phthisie aiguë) par Handfield Jones. (*Med. Times and Gaz.*, 26 juillet page 85.

Su di una comune tisi polmonare incipiente, par L. Piccirelli (*Nuova Lig. med.* Gênes, 20 juin.)

Note sur trois cas de tuberculose dont le diagnostic, offrant des difficultés particulières, n'a pu être fait, par le Dr R. Lépine, chef de clinique. (*Prog. médical*, n° 18, 19, p. 205, 220.)

Sur les difficultés de diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique, par Carl Nyström. (*Upsala lækareforen*, 120.)

Two cases in which gout and phthisis were associated (Deux cas dans lesquels on remarqua la coexistence de la goutte et de la phthisie), par Dyce Duckworh. Saint-Bartolomew's hospital. (*Brit. med. Journ.*, 23 août.)

Profilassi della tuberculosi pulmonare (Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire), par le Dr Ch. Bono (*Ann. di med.*, janvier. — *Rivista di med., di chir, e di terap.*, mars, fasc. 5e)

Du pyo-pneumo-thorax, par von Foller. (*Wiener medicinish-chir. Centralblatt*, 3 octobre.)

Ub. Pleuraexsudate, par A. W. Kühl. Kiel.

Empyem, Perforation in die Bronchien; Heilung (Ouverture dans les bronches d'un épanchement purulent de la plèvre, guérison), par le Dr A. Baader. (*Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, no 22, 15 novembre.)

Die Thoracocentese mittelst Hohlnadelstiches u. Aussaugung zur curativen Behandlg. seröser pleurit. Exsudate (Trocarts capillaires et aspiration), par L. Tutschek. Munich.

Paracentèse dans l'hydrothorax, par W. Pepper. (*Philad. med. Times*, juin.)

Contribuzione alla pratica della toracentesi capillare negli essudati sierosi pleuretici (Contribution à la pratique de la thoracentèse capillaire dans les exsudats séreux pleurétiques), mémoire du Dr Brugnoli, Bologne. (*Lo Sperimentale*, fasc. 8e, p. 233.)

A report of twenty cases in wich thoracentesis was performed, with remarks (Analyse de vingt cas de thoracentèse, suivie de réflexions), par le Dr Austin Flint. (*Archives of scientific and practical medicine*, no 3, p. 197-209. New-York.)

Due casi di empiema saccato, guariti l'uno colla toracentesi attraverso ad una costa, e l'altro, bisaccato, colla duplice stessa operazione (Deux cas d'empyème enkysté, guéris l'un par la thoracentèse à travers une côte, et l'autre, doublement enkysté, par la même opération deux fois répétée).(*Gaz. med. ital. Lomb.*, no 111. — *Rivista di med., di chir., e di terap.*, janvier fasc. 1er et 2e.)

Ulcérations tuberculeuses de la langue; présentation du malade à la Soc. med. des hôp. par M. Isambert. (*Un. méd.*, p. 729.)

Autumnal catarrh (Hay Fever) (Fièvre de foin), par Morrill Wyman. Cambridge, 1872.

Experimental researches on the causes and nature of catarrhus æstiv. (Hay Fever or hay asthma (Recherches expérimentales sur les causes et la nature du catarrhe d'été, asthme ou fièvre de foin), par Charles H. Blackley London.

Statistica degli infermi di malattie di gola (Statistique des affections de la gorge, traitées du 1er janvier au 31 décembre 1872,par le Dr Massei. (Naples *Rivista di med., di chir., e di terap.*, 31 mai, fasc. 10e.)

Considerazioni cliniche intorno ad un caso di angina difterica con eruzione penfigoidea, par P. Manieri. In-8o, Naples.

Ueber Cynanche cellularis maligna oder Angina Ludwigii (Sur l'angine cellulaire maligne ou angine de Ludwig), fait d'après les cours de feu le prof. Oppolzer, par le rédacteur du *Wien. allg. Zeitg.* nos 35 et seq.)

Case of chronic vomiting, dilatation of the stomach (Cas de vomissement chronique, dilatation de l'estomac), par le Dr Pollock. Succès du bismuth associé à la quinine. (*Med. Tim. et Gaz.*, 20 sep., p. 324.)

A lecture on the influence of distension of the abdomen on the fonction of the heart and lungs (Leçon sur l'influence de la distension de l'abdomen sur les fonctions du cœur et des poumons), par F. Sibson. (*Brit. med. Journ.*, 2 août.)

On constipation simulating diarrhea (Sur la constipation simulant la diarrhée), par David Nelson. (*Med. Times et Gaz.*, 23 août, p. 199.)

Zur Casnistik der Koprostase (Clinique de la constipation), par B. Stiller. (*Pester med. chir. Presse*, IX.)

Ueber Stuhlverstopfung bei Pneumonia (Sur la constipation dans la pneumonie), par le rédacteur de l'*Allg. Wien. med. Zeit.*, d'après les leçons cliniques du professeur Skoda. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, nos 39 et 40.)

De l'existence de l'entérite tuberculeuse indépendante de la tuberculisation pulmonaire, par le Dr Levère. (*Montpellier médical*, oct., p. 328.)

Die Relaxation des Sphincter ani als zeichen der Intussusception (Le relâchement du sphincter anal comme signe de l'invagination intestinale), par le Dr J. Schutz. (*Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde*, de Prague, vol. 118, p. 90.)

Occlusione intestinale per accumulo di materie stercoracce. Diverticolo nel digiuno (Occlusion intestinale par accumulation de matières stercoarles. Diverticule dans le jéjunum), par le Dr T. Galli. (*Rivista clinica*, no 2, p. 46.)

Abcès de la paroi abdominale déterminé par une péritonite enkystée causée par des calculs biliaires, par M. Viollet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, XLVIIIe année, p. 340.)

Contribution à l'étude des abcès du foie, par le Dr Mayet, de Lyon. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, nos 39, 40, 42.)

Ascesso epatico o periepatico guarito colla apertura artificiale (Abcès hépatique ou perihépatique guéri par l'ouverture artificielle), par le Dr C. Belluzzi. (*Bullettino delle sc. med.*, de Bologne, juin, p. 401.)

Di un ascesso del fegato artificialmente aperto all' esterno con esito de guarigione (Abcès du foie ouvert artificiellement à l'extérieur, guérison), par M. Giommi. (*Raccogl. med. Forli.*, 10 avril.)

Zur Klinik der Leber Abscesse (Étude clinique sur les abcès du foie), par M. Heitler. (*Wien. med. Presse*, no 25.)

Suppurating hydatid tumour of the liver (Kyste hydatique suppuré du foie), par Liveing, Middlesex hospital. (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet.)

Case of hydatids of liver, discharging by fistulous openings (Kyste hydatique du foie, évacuation par des ouvertures fistuleuses), par L. W. Marshall. (*Brit. med. Journ.*, 27 sept.)

Some cases of hydatid disease (Quelques cas de kystes hydatiques), par S.-O Habershon. (*Guy's hospital Reports*, vol. XVIII.)

Traité pratique des maladies des reins, par S. Rosenstein, professeur de clinique médicale à Grœningue, traduit par les Drs Bottentuit et Labadie-Lagrave. (1 vol. in-8°, Paris, Adrien Delahaye, libr. édit.)

Etiologie de la maladie de Bright, par F.-C. Courtis. (*Philad. med. Times*, juin.)

Néphrite parenchymateuse à marche insidieuse; confusion possible au début, avec un ictère grave, péritonite rapidement mortelle, par le Dr Morand. (*Gaz. hôp.*, n° III.)

Un caso de albuminuria observado y curado (Cas d'albuminurie observé et guéri), par J. Zalabardo. (*Siglo Med.*, de Madrid.)

Der urämische Process (Le processus urémique), par le Dr P. Hampeln, de Riga. (*Dorpater medicinische Zeitschrift*, t. IV, liv. 2.)

Drei Fälle von Addison'scher Krankheit (Trois observations de maladie d'Addison), par le prof. Helchl, de Gratz. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 33-34.) L'auteur conclut à la nature tuberculeuse de cette affection.

Studii ulteriori sulla malattia bronzina (Études ultérieures sur la maladie bronzée), par F. Verardini. (*Bull. delle sc. med.* de Bologne, sér. V, juillet et août.)

Purpura rhumatismal, par L.-A. Duhring. (*Philad. med. Times*, mai.)

Rhumatisme aigu terminé favorablement, malgré des complications cardiaques et cérébrales, par A. T. Keyt. (*The Clinic*, mai.)

Febbre intermittente comitata d'afasia atassica (Fièvre intermittente accompagnée d'aphasie ataxique), par le Dr Jean Mancini. (*Lo Sperimentale*, de Florence, fasc. 8e, p. 165.)

Fièvre intermittente ortiée, par le Dr Burq. (*Gaz. hôp.*, n° 109.)

De l'injection palustre, et particulièrement de la fièvre rémittente bilieuse, par E. Bachon, méd. m. de 2e cl. (*Recueil des mém. de méd. mil.*, t. XIX, p. 225.)

Erysipèle avec albuminurie, par M. S. Daire. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, avril.)

De la variole, par B. R. Senseney. (*Idem*, mai.)

Sur la variole et la vaccination dans le nord de l'Italie, par Martorelli. (*Giorn. della Reale Accadem. di medic.*, di Torino, 20 août et 10 sept.)

Ueber die Dualität der Varicellen und Variolen (Dualisme de la varicelle et de la variole), par le Dr Fleischmann. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 7.)

Ein kleiner Beitrag zur Variola Statistik (Une petite contribution à la statistique de la variole), par le Dr Mayrhofer, de Hale. (*Idem*, n° 31.)

Ein Fall von Rotheln mit ungewöhnlichem Verlaufe (Un cas de rougeole à marche anormale), par le Dr Uffelmann, de Berlin. (*Idem*, nº 9.)

The cholera, Russian official account of the origin of the present epidemic in Europe. (*The Practitioner*, octobre.)

Gedrängte Uebersicht meiner Beobachtungen üb. die Cholera vom J. 1831 (Précis de mes observations sur le choléra de 1831), par F.-X. Gietl, Munich.

Zur Enstetung u. Verbreitungsweise der Gidemischen Cholera (Mode de développement et généralisation), par Aloïs Martin, de Munich. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 869.)

Die Diagnose der Cholera, ein sicheres Zeichen die Cholera zu erkennen (Diagnostic du choléra; un signe certain pour reconnaître le choléra), par le Dr Adolf. Hermann, de Pesth. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 3 à 17.)

Einige durch isolirte Verschleppung entstandene Cholera-Erkrankungen von 1866, nebst Bemerkungen über Incubationszeit und Mittel zur Begrenzung von Hausepidemien (Quelques cas d'affections cholériques nés par transmission isolée... avec remarques sur la période d'incubation et sur les moyens de limiter les épidémies de maisons), par le Dr Friedlander, de Bublitz. (*Berlin. klin. Wochens*, nº 38.)

Offene Briefe über Cholera, als Erläuterungen und Natrag zu meinem « Handbuch der Lehre von der Verbreitung der Cholera » (Lettres publiques sur le choléra, servant d'explications et de supplément à mon « Manuel pour la connaissance du mode de propagation du choléra »), par le Dr Friedrich Küchenmeister, de Dresde. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 3 et seq.)

Le choléra à l'hôpital Cochin (1865), étude clinique, par le Dr Bourneville. (Broch. de 43 pages, Paris, Delahaye éd.)

Doctrine rationnelle du choléra asiatique, par le Dr Maire. (Broch, Paris, Delahaye édit.)

De la diffusion des eaux comme origine et cause d'extension du choléra et du typhus, par F. E. V. Sydow. (*Upsala lækareforen*, p. 123.)

Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde, par Bourneville. (Paris, A. Delahaye.)

Observation de fièvre typhoïde ambulatoire, par Tourneret. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nº 16.)

Typhoïd fever : its pathology and treatment, par Andrew Ross. — Sydney.

Fièvre typhoïde intervenant comme épiphénomène fatal et complication ultime des fièvres d'accès, intermittentes et rémittentes, par le Dr E. Fritsch, dit Lang, médecin traitant à l'hôpital militaire de Lyon. (*Lyon méd.*, nº 20, p. 92.)

Four cases of typhoid fever in St-Thoma's hospital apparently due to

milk (Quatre cas de fièvre typhoïde à l'hôpital St-Thomas, vraisemblablement dus au lait), par H. Evans. (*Med. Tim. et Gaz.*, 6 sept., 253.)

Relatorio sobre a epidemia de typhos, par A. L. de Silva. (*Gas. med.* de Lisbonne, 13 janv., 28 mars.)

Du typhus, par Th. Galicier. (*Extrait de la France méd.*, Paris, A. Delahaye.)

Studie über Skorbut (Etude sur le Scorbut), par le Dr A. Wolfram, de Prague. (*Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde*, vol. 118, p. 112.)

Contribuzione allo studio della leucemia (Contribution à l'étude de la leucémie), par le Dr P. Foa. (*Rivista clinica*, de Bologne, juin, fasc. 6e, p. 161, avec 1 fig.)

Sopra una forma speciale d'idropisia a corso rapido (Sur une forme spéciale d'hydropysie à marche rapide), par le prof. Louis Concato. (*Idem*, n° 1, p. 1.)

Studien über Diabetes mellitus und insipidus, par Kulz. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XII vol.)

A case of Sclerema (Observation de sclérème), par Norman Moore, bachelier en médecine. (*St-Bartholomew's Hospital Reports*, vol. IX, p. 70.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

ANALYSES.

I. Ueber die Bildung der Hæmatocele retro-terina und anteuterina (Pathogénie des hématocèles rétro-utérine et ante-utérine), par SCHRŒDER. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fasc. 2, Berlin*, 1873.)

II. Die retrouterine Hæmatocele (Hématocèle rétro-utérine), par Dr FRITSCH. *Sammlung klinischer Vortræge, von Richard Volkmann, n° 56, Leipzig*, 1873.)

III. Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs inflammatoires rétro-utérines, par J. BROCHARD. (*Thèse de Paris*, 1873.)

I.—Diverses considérations théoriques sur la façon dont un épanchement sanguin intra-péritonéal doit se localiser entre les organes du petit bassin et dans les culs-de-sac péritonéaux forment la première partie de ce mémoire, sur laquelle nous n'avons pas à insister.

La seconde partie est consacrée à l'étude d'un cas d'hématocèle anté-utérine observé chez une femme atteinte de grossesse tubaire. L'auteur, avant d'entrer dans les divers détails de cette observation, prend soin de rappeler que l'hématocèle anté-utérine *primitive* (c'est-à-dire celle qui n'est point la conséquence de l'extension d'une hématocèle rétro-utérine) est fort rare et n'aurait été démontrée anatomiquement que depuis peu de temps. Il cite à ce sujet une observation assez récente de Braun (*Wiener med. Wochenschrift*, 1872, N°s 22 et 23) où l'on trouva à l'autopsie une hématocèle anté-utérine intra-péritonéale; l'hémorrhagie, dans ce cas, provenait très-vraisemblablement de la trompe gauche déplacée et occupant la cavité du cul-de-sac anté-utérin.

Quant au cas observé par l'auteur, voici dans quelles conditions s'était produite l'hémorrhagie :

Chez une femme atteinte de grossesse tubaire, il se forma une hémorrhagie intra-péritonéale due à une déchirure de l'œuf. Le sang s'épancha dans l'espace de Douglas; à la suite de l'inflammation qu'il détermina se formèrent de solides adhérences entre le rectum et la paroi postérieure de l'utérus. Les hémorrhagies se répétèrent à des intervalles assez rapprochés; le sang finit par envahir le cul-de-sac vésico-utérin et s'y coaguler; en même temps, la malade présenta du ténesme vésical très-tenace.

L'exploration vaginale révéla : une tumeur dure, mais amincie d'avant en arrière, dans l'espace de Douglas; en avant de l'utérus, de l'empâtement et une forte tension. — Une nouvelle hémorrhagie enleva la malade, et l'autopsie confirma les hypothèses faites pendant la vie. L'auteur pense que dans ce cas il ne s'agissait pas d'une véritable hématocèle rétro-utérine, car il ne s'était fait qu'un écoulement sanguin très-modéré dans toute la hauteur de l'espace de Douglas, entre la vessie et le rectum; l'hématocèle anté-utérine se serait formée après l'occlusion de cet espace.

II. L'étude du Dr Fritsch sur l'hématocèle rétro-utérine est bien moins une leçon clinique qu'un résumé très-complet de l'état de la science sur cette question.

Dans la partie consacrée à l'*étiologie* se trouve un long exposé des nombreuses théories émises sur ce point obscur de l'histoire de l'hématocèle; à ce sujet, l'auteur fait preuve d'une connaissance approfondie de notre littérature médicale. Les hémorrhagies ayant leur source dans l'ovaire seraient une cause fréquente d'hématocèles; les démonstrations anatomiques de ce fait ne seraient point rares : Virchow a décrit un ovaire qui ressemblait à une éponge remplie de sang; Olshausen a trouvé plusieurs kystes sanguins vides dans un ovaire. Dans un grand nombre d'autopsies d'hématocèles, on a noté des kystes ovariques qui avaient été évidemment la source de l'hémorrhagie. L'auteur a trouvé plusieurs fois des hématomes de l'ovaire dans divers états généraux graves.

Quant aux hémorrhagies tubaires, envisagées comme causes d'hématocèles, elles sont dues, soit à une grossesse tubaire, soit à une vascularisation exagérée des trompes, surtout dans les cas où une inflammation chronique ou toute autre cause ont amené une atrésie de ce conduit (Rokitansky).

Les hématocèles dues au sang exhalé par la muqueuse utérine et refluant dans la cavité péritonéale par les trompes sont désignées sous le nom d'*hématocèles métrorrhagiques*. Pour en démontrer la possibilité, l'auteur a poussé des injections de lait dans l'utérus, et il lui a suffi d'une légère pression pour faire refluer ce liquide à travers les trompes (il nous semble inutile de rappeler que d'autres expérimentateurs ont obtenu des résultats complétement opposés); d'autre part, il parle d'une pièce pathologique dans laquelle il était possible de suivre le caillot depuis la cavité utérine jusque dans l'abdomen, à travers les trompes.

Lorsque l'hématocèle ne saurait être attribuée à une des causes précédentes, il faut placer son origine dans une lésion du péritoine. Les auteurs français (Huguier, Dolbeau, Tardieu) ne sont guère favorables à cette théorie, mais Virchow aurait constaté à l'autopsie l'existence d'une péritonite hémorrhagique.

Le *siége* exact de la collection sanguine a donné lieu à de fréquentes discussions de la part des auteurs qui se sont occupés de l'hématocèle; de nombreuses nécropsies (Muschka et Ott, Bitschler) ont établi que presque toujours la tumeur était intra-péritonéale. Sans vouloir nier l'existence de l'hématocèle extra-péritonéale, l'auteur la regarde comme très-rare et la rapproche du thrombus de la vulve.

Il est assez difficile de se faire une idée exacte de la *fréquence* de l'hématocèle rétro-utérine; tandis que Seiffert obtenait, en la comparant aux autres affections utérines, un chiffre de 5 0/0, Scanzoni dit n'en avoir observé que 2 cas en 20 ans. Ces divergences s'expliquent par le fait suivant : l'hématocèle s'observant surtout chez les femmes pauvres et obligées de travailler, il n'est pas étonnant que les praticiens soignant prinpalement les classes aisées ne rencontrent qu'exceptionnellement cette affection. Voici du reste quelques statistiques intéressantes :

Hématocèles	66	sur	1,272	maladies de femmes. (Seiffert).
«	34	—	1,145	— (Olshausen)
«	0	—	363	— (Spiegelberg)
«	0	—	3,801	— (Hugenberger)

L'hématocèle, d'après Fritsch, s'observerait surtout entre 21 et 47 ans; elle est tout à fait exceptionnelle chez les multipares.

Relativement au *traitement*, l'auteur regarde la ponction comme dangereuse, parce qu'elle peut provoquer une péritonite aiguë ; il ajoute cependant que les Anglais recommencent à l'employer, mais sans que les faits invoqués par eux en faveur de cette opération engagent à les imiter. La ponction serait néanmoins indiquée lors que la malade présente un mouvement fébrile très-accentué, que la tumeur se ramollit et commence à s'abcéder.

III. — Cette thèse renferme plusieurs observations inédites d'hématocèles péri-utérines. Un long chapitre traite spécialement du diagnostic de l'hématocèle et de la pelvipéritonite ; l'auteur suit la marche de chacune de ces affections et en étudie les signes différentiels à chacune des trois périodes, de *début*, d'*état* et de *terminaison*. Après avoir insisté surtout sur la valeur des symptômes généraux, il conclut en disant qu'aucun des signes qu'il a étudiés n'est pathognomonique; pour arriver à un diagnostic certain, il faut donc s'appuyer sur la réunion de tous ou de plusieurs d'entre eux. Malgré les difficultés que peut présenter le diagnostic, il pense qu'on serait coupable d'avoir recours à la ponction exploratrice.

L.-E. DUPUY.

Ueber die Amputation des Scheidentheiles der Gebärmutter (De l'amputation de la portion vaginale du col de la matrice), par Otto SPIEGELBERG. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fasc.* 3, *Berlin*, 1873.)

Les conclusions de cet important mémoire reposent sur 60 observations inédites, résumées sous forme de tableaux statistiques. (53 cas appartiennent en propre à l'auteur, 7 autres, dont il accepte complétement la responsabilité, lui ont été communiqués par Langer).

Les affections ayant nécessité l'amputation du col étaient :

Carcinome de la portion vaginale du col.....	22 cas.
Affections inflammatoires hyperplastiques.....	7 »
Cols conoïdes entraînant la stérilité.....	5 »
Cols en forme de trompe ou d'ailes.....	10 »
Hypertrophies circulaires avec prolapsus.....	10 »

Quant aux procédés opératoires employés par l'auteur, ils sont au nombre de quatre, répartis de la manière suivante :

8 fois on fit la section par instrument tranchant, sans suture ;
6 fois avec suture simple, d'après le procédé de Sims ;

4 fois avec suture étendue au pourtour de chacune des lèvres ; 4 fois enfin on amputa avec l'écraseur et 39 fois avec le galvano-caustique.

Sur ces 60 cas, il y eut 5 décès dus à diverses causes : *ouverture de la cavité péritonéale* et hémorrhagie secondaire (amputation avec l'instrument tranchant, l'utérus ayant été fortement attiré en bas, dans un cas de carcinome) ; *pelvipéritonite* et hémorrhagie secondaire (amputation par le galvano-caustique, l'utérus ayant été fortement attiré en bas, dans un cas de carcinome) ; *shock* (amputation par le galvano-caustique, sans abaissement de l'utérus, dans un cas d'hyperplasie) ; *hémorrhagies répétées* ayant nécessité le tamponnement qui amena un phlegmon du bassin (amputation par l'instrument tranchant dans un cas de carcinome) ; *septicémie* (amputation par le galvano-caustique d'un col atteint d'élongation polypiforme). Cette dernière malade était déjà infectée au moment de l'opération, qui ne fut employée que comme moyen suprême, afin d'enlever l'un des foyers d'infection. En retranchant ce dernier cas, on a, comme résultat statistique, 4 morts pour 59 opérations. Ces chiffres confirment ceux donnés antérieurement par Lisfranc (2 morts sur 37), Sims (1 mort sur 36), Huguier (0 mort sur 30).

Il nous reste maintenant à résumer quelques-unes des déductions pratiques tirées par l'auteur de l'ensemble des nombreux faits observés par lui : l'amputation du col de l'utérus ne serait point, d'après lui, une opération grave lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions et d'après certaines règles invariables. Un premier principe à respecter, c'est d'opérer en laissant la matrice dans sa situation normale et en se gardant bien de l'attirer violemment en bas.

Lorsque l'on a amputé à l'aide de l'instrument tranchant, il ne faut point laisser la plaie à découvert, mais pratiquer la suture d'après la méthode de Sims. Du reste, cette méthode, même ainsi perfectionnée, ne doit être employée que dans les cas où la portion vaginale du col se trouve au voisinage de la vulve, ou peut y être attirée sans danger. L'auteur préfère le galvano-caustique à l'écraseur de Chassaignac, parce que l'emploi de ce dernier instrument exige une grande prudence et une habileté extrême si l'on veut éviter de léser les organes voisins.

Une partie très-originale de ce mémoire est précisément consacrée à la discussion des cas particuliers auxquels conviennent plus spécialement, soit l'amputation par instrument tranchant, soit le galvano-caustique. Pour le cancer, par exemple, l'auteur donne la préférence à ce dernier procédé d'amputation ; il a au contraire recours au premier pour l'élongation hypertrophique de la portion vaginale.

Quelques remarques sur le manuel opératoire terminent ce travail, si riche en faits parfaitement observés.

L.-E. DUPUY.

Ueber die Veränderungen der Beckenform durch einseitige angeborene oder erworbene Oberschenkelluxation (Des malformations du bassin dues aux luxations uni-latérales congénitales ou acquises de la hanche), par G. LÉOPOLD. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fasc. 3, Berlin*, 1873.)

L'auteur se propose de préciser les caractères des malformations du bassin dues aux luxations unilatérales de la hanche. Douze cas, résumés sous forme de tableaux statistiques très-complets, forment la base principale de ce travail. Les luxations *congénitales* unilatérales impriment au bassin des modifications différentes suivant que l'individu a fait usage ou non des membres inférieurs ; aussi l'auteur en a-t-il fait deux classes distinctes. Pour les luxations *acquises*, il établit la même distinction et tient compte en outre de l'influence de l'âge. — Il nous est impossible de résumer ici tous les caractères précis assignés à chacune de ces classes de difformations du bassin ; nous nous contenterons d'exposer les plus importantes des considérations générales formant la conclusion naturelle de ce mémoire :

Le bassin, dans les cas de luxation uni-latérale de la hanche, présente toujours une atrophie de la moitié correspondant à la luxation; ce côté du bassin présente en outre certaines modifications particulières dans les rapports de ses différentes parties.

L'usage des membres inférieurs augmente toujours les diamètres transversaux des détroits supérieur et inférieur ; au contraire lorsque l'individu n'a point fait usage de ses jambes, le détroit supérieur devient plus étroit chez les jeunes sujets et plus large chez l'adulte, le détroit inférieur plus étroit dans tous les cas.

Dans les luxations *congénitales*, le sacrum s'incline du côté malade, que les extrémités inférieures aient fonctionné ou non. Dans les luxations *acquises* on observe la même déformation lorsque l'affection date de longtemps et que les membres inférieurs n'ont pas fonctionné ; ailleurs, le sacrum est incliné du côté sain ou reste à peu près droit. L'asymétrie du sacrum est en rapport avec le degré d'atrophie, l'arrêt de développement ou la pression du poids du corps. En ce cas, l'ankylose de la symphise sacro-ilaique se produit aussi facilement que pour d'autres déformations analogues du bassin.

La moitié du bassin correspondant au côté malade serait donc

plus étroite dans les cas de luxation *congénitale* chez l'enfant (mais non chez l'adulte) ou de luxation *acquise* pendant l'enfance ; en toute autre circonstance elle serait au contraire plus large.

La *position de la symphise* est variable : lorsque la luxation s'est produite *tôt* et que les membres inférieurs n'ont pas fonctionné, la symphise se trouve placée en face du promontoire ou reculée du côté sain ; lorsqu'elle s'est produite *tardivement* et que les membres n'ont point fonctionné, la symphise est attirée du côté luxé par suite de l'élargissement de ce dernier. Dans les cas, au contraire, où il a été fait usage des extrémités inférieures, le pubis est toujours reculé du côté luxé.

La cavité cotyloïde du côté sain est plus ou moins repoussée, par suite de l'usage du membre inférieur, vers l'excavation en haut et en avant ; la cavité malade est repoussée en dehors, en arrière et en bas.

Quant à la configuration générale du bassin, l'auteur distingue les variétés suivantes :

A) *Bassins non comprimés transversalement.* — *a*) Côté luxé rétréci aux détroits supérieur et inférieur (bassin de jeune sujet avec luxation congénitale).

b Côté luxé agrandi seulement au détroit supérieur (luxation acquise d'un bassin d'adulte).

Dans ces deux variétés, la marche n'a jamais été essayée.

B) *Bassins comprimés mais non rétrécis transversalement.* — (Variété fort rare.)

La moitié luxée est plus large aux deux détroits.

(Luxation acquise, chez l'adulte, et persistance de la marche.)

C) *Bassins comprimés et rétrécis transversalement.* — *a*) Côté luxé plus étroit.

(Luxation acquise pendant la jeunesse, la marche a été interrompue.)

b) Moitié luxée plus large.

(Luxation congénitale ou acquise de bonne heure : usage des membres inférieurs.)

Tel est le résumé de l'étude très-complète de Léopold ; il est regrettable que cet auteur ait complétement négligé de consulter plusieurs travaux français et étrangers traitant le même sujet, et notamment le chapitre si clair et si précis de la thèse de M. Guéniot. *(Des luxations coxo-fémorales au point de vue des accouchements*, Paris, 1869.)

L.-E. DUPUY.

Traité pratique du rétroceps (forceps asymétrique), par L. HAMON, de la Rochelle; nouvelle édition revue et complétée. (*Paris, Delahaye*, 1873.)

Le rétroceps, nouveau forceps asymétrique, imaginé par M. Hamon, a déjà fait l'objet d'un certain nombre de communications dans la presse médicale, et d'un Manuel complet publié par l'inventeur lui-même en 1869. De nombreuses et vives critiques ne tardèrent pas à être adressées à cette nouvelle méthode par MM. Tarnier, Chassagny, et surtout Saint-Germain et Toppé ; ces objections n'ont nullement diminué l'enthousiasme de M. Hamon pour son instrument. D'après lui, le forceps croisé serait digne d'une autre époque que la nôtre, et ressemblerait bien plus « à une *arme meurtrière* qu'à un précieux engin de délivrance. » Quant à la méthode rétrocépitale, qui consiste à saisir la tête non plus bilatéralement, mais suivant sa partie postérieure et sans tenir compte de sa position, il serait fort long d'en énumérer tous les avantages ; l'auteur ne va-t-il point jusqu'à déclarer que, pendant l'accouchement, « le meilleur des anesthésiques, le plus puissant des stimulants, c'est le rétroceps. »

Sans nous arrêter à ces exagérations, nous résumerons ici les conclusions pratiques et appuyées par de nombreuses observations que l'auteur a consignées dans la nouvelle édition de ce traité complet du rétroceps.

Cet instrument ne trouverait pas seulement une application heureuse dans les cas de dystocie; M. Hamon a pris pour règle d'intervenir aussitôt qu'il se produit une hésitation quelconque dans la marche du travail, à n'importe quelle période de celui-ci. L'accouchement terminé dans ces conditions, à l'aide du rétroceps, est décrit sous le nom *d'accouchement physiologique artificiel ;* la relation succincte d'un certain nombre d'observations prouverait qu'il est parfois utile d'avoir recours à cette méthode pour abréger un travail laborieux.

La deuxième partie de cet ouvrage est consacrée à l'emploi du rétroceps dans divers cas de dystocie, à savoir : positions occipito-postérieures de la tête, rétrécissement du bassin, positions inclinées du sommet, hydrocéphalie, rigidité du col, procidences des membres et du cordon, etc.

Pour ce qui concerne les positions occipito-postérieures de la tête, l'auteur part de ce principe qu'il faut éviter de tracer artificiellement un chemin forcé à la tête, pour la ramener en occipito-pubienne. Selon lui, il faut laisser à l'organe le soin de choisir lui-même la voie la plus convenable et la plus facile; quelques observations relatées à l'appui de cette théorie prouvent que le ré-

troceps peut réaliser en pratique cette méthode évidemment avantageuse de terminer l'accouchement. Citons par exemple le fait de M. Pros, médecin de la Maternité de La Rochelle :

Le toucher et le palper avaient révélé chez une primipare une présentation franche du sommet en position occipito-sacro-iliaque droite postérieure.

Alors les deux branches du rétroceps furent introduites l'une dans la courbure du sacrum et l'autre dans la région latérale gauche du bassin. Sous l'influence de tractions dirigées dans le sens de la courbure du sacrum, la tête vint se dégager en occipito-pubienne, après avoir, en quelque sorte, accompli un mouvement de rotation spontanée entre les cuillers du rétroceps.

Un chiffre fort respectable d'observations prises, soit par M. Hamon, soit par ses confrères, prouve que le rétroceps peut rendre d'éminents services dans les cas de rétrécissement du détroit inférieur et dans ceux du détroit supérieur dont le diamètre sacro-pubien ne dépasse point 8 centimètres. Ici l'on peut se demander comment un instrument appliqué d'une façon asymétrique peut donner une prise suffisante à des tractions énergiques, alors que le forceps dérâpe assez souvent en pareil cas. Or l'auteur éviterait le dérâpement du rétroceps par la façon dont il exerce les tractions et donne à ce sujet des préceptes essentiellement différents de ceux qui doivent guider l'application du forceps symétrique. Suivant lui, il faut tirer *non dans la direction des axes, mais dans le sens, quel qu'il soit, de la résistance*. Appliqué ainsi, l'instrument de M. Hamon deviendrait, même au détroit supérieur, un organe de préhension très-sûr.

Signalons, pour finir, le chapitre consacré à l'*accouchement forcé* effectué à l'aide du rétroceps. Voici comment l'auteur explique cette méthode obstétricale dont l'idée lui a été inspirée par les succès obtenus au moyen de l'*accouchement physiologique artificiel*. Tandis que, dans ce dernier cas, l'accoucheur intervient uniquement pour accélérer et mener à bonne fin un travail déjà commencé, dans l'accouchement forcé, au contraire, il agit avant même que le travail ne soit commencé et quelle que soit l'époque de la grossesse. Les dimensions étroites des cuillers du rétroceps permettent leur introduction avant la dilatation complète de l'orifice; l'articulation des branches peut se faire également avec facilité, et ainsi il devient possible de terminer rapidement un accouchement avant la terminaison du travail, à condition d'avoir préalablement amené une dilatation partielle de l'orifice par l'intervention digitale.

Cette méthode, on le voit, est en contradiction formelle avec les principes actuellement admis en obstétrique et constitue une véritable innovation. Elle a donné déjà un certain nombre de succès, parmi lesquels nous citerons celui obtenu par le Dr Thierry-Mieg ;

il s'agit d'une multipare présentant une hémorrhagie très-inquiétante, par suite d'insertion vicieuse du placenta sur le col. Bien que l'orifice cervicale fût à peine suffisant pour le passage des cuillers du rétroceps, on put extraire l'enfant vivant au bout d'une heure et demie ; la mère se rétablit heureusement.

Les autres observations d'accouchement forcé concernent presque toutes des états généraux très-graves exigeant une prompte délivrance, tels que : rougeole, éclampsie, affections organiques, cachexie, etc. Sur 6 cas, M. Hamon a noté pour la mère 4 guérisons et 2 décès ; pour l'enfant, la statistique est moins favorable.

L.-E. DUPUY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Des adénomes de l'utérus et de leur traitement, par CAUDRON. (*Thèse de Paris*, 1873.)

On trouvera résumés dans cette thèse les travaux du Huguier, Robin, Broca, Cornil et Ranvier sur l'anatomie pathologique des adénomes de l'utérus. — L'auteur y a joint deux observations intéressantes prises dans les services de Tarnier et Laboulbène dont il tire certaines déductions pratiques. D'après lui, ces tumeurs, bénignes à leur origine, peuvent se compliquer d'accidents graves, si on n'agit point contre elles sans retard.

Pour se mettre à l'abri des récidives, il faut préférer, au traitement par incision, la destruction plus complète de la tumeur par les caustiques ; — Tarnier, après avoir dilaté le col avec un faisceau de tiges de laminaire réunies par un fil en caoutchouc, y introduit ensuite un cylindre de pâte de canquoin ayant un diamètre de un centimètre. Au bout de six jours environ l'eschare s'est détachée, dans le cas rapporté par Caudron, elle avait la forme d'une poche allongée : son épaisseur était de 4 millimètres.

L. E. DUPUY.

Kystes du para-ovarium, par KŒBERLÉ. Communication à la Société de médecine de Strasbourg. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1873, *n°* 14.)

Kœberlé distingue les kystes de l'organe de Rosenmüller des kystes de l'ovaire, au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique. Ils ne présentent avec le péritoine que des adhérences peu internes, faciles à décoller ; le plus souvent, ni la trompe, ni l'ovaire ne

font corps avec la tumeur. Formés d'une enveloppe de tissu fibreux mince, tapissée d'un épithélium cylindrique, parfois vibratile, ils renferment un liquide limpide, très-salé, non albumineux. Leur développement n'exerce, sur la santé générale, qu'une influence beaucoup moindre que celui des kystes ovariques. L'accroissement de la tumeur se fait très-lentement, pendant une première période, puis très-rapidement; Kœberlé rapporte deux observations de kyste paraovarique, traités tous deux avec succès par l'ovariotomie; dans un des cas, le diagnostic avait pu être fait à la suite d'une ponction donnant issue à un liquide limpide, ne renfermant pas d'albumine. H. TH.

Considérations nouvelles sur la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine, par le Dr MARROTTE. (*Arch. gén. de méd., juillet* 1873.)

Dans un travail publié en 1860 dans les archives de médecine (*De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes*), le Dr Marrotte avait déjà signalé l'influence hémorrhagique des névralgies lombo-sacrées ou lombo-abdominales, influence se traduisant à l'époque des menstrues et pendant les périodes intermenstruelles, par des congestions et des hémorrhagies utérines. Ce qui prouve que la douleur est l'élément fondamental de ces divers accidents, c'est qu'elle les précède, qu'elle leur survit non-seulement des heures, mais des jours entiers; d'autres fois, l'épiphénomène, c'est-à-dire la métrorrhagie peut dominer la douleur qu'il faut toujours chercher avec attention afin de connaître la nature et l'origine des accidents. — En résumé, cette influence hémorrhagipare des névralgies lombo-abdominales et lombo-sacrées s'exerce non-seulement dans l'état de vacuité, mais dans l'état de grossesse, et elle peut devenir l'origine d'un certain nombre d'avortements par décollement hémorrhagique de l'œuf; enfin, elle peut aussi être la cause qui préside au développement de quelques hématocèles péri-utérines.

Le Dr Marrotte rapporte trois observations personnelles et examine d'autres cas déjà publiés où cette influence hémorrhagipare ne peut être contestée.

Dans toutes leurs conditions originelles, ces névralgies, quelles que soient leur forme, leur origine, leur nature, qu'elles soient symptomatiques d'une lésion de l'ovaire ou de l'utérus; qu'elles soient liées à la chlorose, au nervosisme, à l'herpétisme; qu'elles soient produites transitoirement par une des formes de la constitution médicale, la fièvre bilieuse et surtout la fièvre catarrhale, ces névralgies peuvent déterminer la congestion et l'hémorrhagie des organes génitaux. Si dans certaines hématocèles, la douleur paraît si vive, il faut bien remarquer qu'elle est superficielle, qu'elle est plus intense d'un côté que de l'autre, qu'elle a des foyers bien déterminés où elle est vive et d'où elle irradie, qu'elle se montre en dehors des limites occupées par l'hématocèle, à la région lombaire, le long de la crête iliaque, à l'entrée du vagin; enfin, qu'elle revient spontanément par accès irréguliers ou périodiques.

La connaissance de ces faits a une grande importance au point de vue du traitement. Sachant qu'une hématocèle peut être produite par une névralgie, le médecin devra s'efforcer de combattre celle-ci par les stupéfiants, le sulfate de quinine, les arsenicaux, etc.

HENRI HUCHARD.

Fälle von Motilitätsstörungen im Zusammenhange mit krankhaften Zustände in den Sexual-Organen des Weibes (Troubles de la motilité en rapport avec certains états pathologiques de l'organe sexuel de la femme), par Louis MAYER. *Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fasc. 2, Berlin*, 1873.)

Il s'agit de troubles divers de la motilité coexistant avec certaines affections utérines. Dans un premier cas, rapporté avec beaucoup de détails, nous trouvons, chez une femme enceinte dont le placenta présentait une insertion vicieuse sur le col, une névrose particulière et fort rare. L'auteur la décrit sous le nom de paralysie réflexe générale survenant par accès. Viennent ensuite d'autres observations de parésie des extrémités inférieures causées par des rétro-flexions ou des rétro-versions de l'utérus; chez l'une de ces malades il existait en outre, dans l'espace de Douglas, des produits inflammatoires plastiques dus à une périmétrite.

L.-E. DUPUY.

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, par L.-E. DUPUY, interne des hôpitaux. (*Progrès méd., nos* 10, 12, 15, 17, *p.* 109, 134, 171, 195, 1873.)

Après avoir exposé l'historique de la question, l'auteur recherche dans quels cas l'hystéromètre a pu traverser la paroi utérine avec facilité. Dans certains cas de métrite chronique, le parenchyme est imbibé de sérosité, mou, engorgé, friable; les fibres sont écartées les unes des autres et dégénérées; on conçoit que l'instrument puisse les traverser. Dans certaines atrophies, dans le cas de tuberculose des parois utérines, de cancer, on peut traverser facilement en certains points le corps de l'utérus.

A la suite des couches, le tissu musculaire est tout à fait gras, et renferme une immense quantité de vaisseaux qui lui donnent l'aspect d'un tissu caverneux; l'hystéromètre perfore ce tissu avec la plus grande facilité. En dehors de ces circonstances, l'utérus peut encore être perforé malgré tous les soins de l'opérateur, comme on le voit dans une observation de pelvi-péritonite avec épanchement enkysté rapportée par l'auteur. La perforation se fait sur le fond de l'utérus ou sur la partie la plus élevée des faces antérieure et postérieure dans les cas de flexion. Il est fort remarquable que sur les 17 cas réunis par M. Dupuy, pas un seul n'a été suivi d'accidents sérieux; mais il pense que les faits qui ont été suivis de mort ou de maladies graves n'ont pas été publiés, et il conclut

en proscrivant l'usage de l'hystéromètre dans les cas où l'utérus ramolli est susceptible de se laisser traverser par l'instrument. J. C.

Ovariotomie et Hystérotomie, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 1873, *p.* 707, *etc.*)

Depuis le commencement de l'année 1871 jusqu'au mois d'août 1873, Péan a pratiqué 55 ovariotomies et obtenu 43 guérisons.

Il a enlevé 19 fois, avec des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, une partie plus ou moins grande du corps de l'utérus ; sur ces 19 malades, 14 sont guéries. Dans un vingtième cas d'extirpation de tumeur fibreuse, l'utérus avait été conservé ; la malade mourut de la rupture d'un gros vaisseau déchiré par le chirurgien en cherchant à arracher un noyau fibreux dépendant de la tumeur.

Dans ce travail communiqué en grande partie à l'Académie de médecine, Péan donne sur le diagnostic, les complications et le manuel opératoire des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, les conseils que lui a inspirés sa pratique. L. H. F.

Der Pruritus Clitoridis, par F. KÜCHENMEISTER. (*Œsterr. Zeitschrift f. praktische Heilkunde, n°* 7, 14 *février* 1873.)

Dans cette note, l'auteur sépare des différentes variétés de prurits vulvaire et vaginal celle qui a pour siége exclusif le clitoris, et cela sans aucune altération anatomique, hypertrophie ou autre, de l'organe. Il recommande instamment la cautérisation de cette partie avec le crayon de nitrate d'argent, comme le traitement le plus sûr à opposer à cette désolante affection. H. TH.

Ruptura uteri, par HASELBERG. (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fascicule* 2, *Berlin.*)

Cette communication porte sur un cas de rupture utérine survenue pendant l'accouchement, diagnostiquée pendant la vie et vérifiée à l'autopsie. La rupture portait sur le segment inférieur de l'utérus ; le fœtus était sorti par cette ouverture et son tronc occupait la cavité abdominale. — L'accouchement fut terminé à la suite de trois applications successives du forceps ; la tête de l'enfant était très-volumineuse, le bassin normal. L'auteur ne rapporte point uniquement la cause de la rupture utérine aux difficultés de l'accouchement, pas plus qu'aux manœuvres obstétricales ; il admet au contraire une altération des parois de la matrice. Et de fait, cette malade présentait depuis un certain temps les signes d'une affection utérine.

L. E. DUPUY.

Ueber Erkrankungen der Harnorgane im Wochenbett und in der Schwangerschaft (Des affections de l'appareil urinaire survenant après l'accouchement et pendant la grossesse), par OLSHAUSEN. (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fasc. 2, Berlin,* 1873.)

L'auteur attire l'attention sur la fréquence, pendant la grossesse et l'accouchement, de diverses affections de l'appareil urinaire, à savoir: catarrhes vésicaux, pyélites et néphrites.

Suivant lui, les cystites seraient dues principalement au cathétérisme, qui aurait pour inconvénient d'irriter la muqueuse et de faciliter dans la vessie l'introduction de l'air ou même des lochies.

Quant aux néphrites, elles sont ou bien catarrhales, ou encore interstitielles et suppurées. La première de ces formes aurait généralement une marche bénigne et se terminerait au bout de 8 à 14 jours par la guérison. Les symptômes n'en sont pas très-accentués et consistent surtout en: douleur spontanée et à la pression aux lombes, mouvement fébrile, albuminurie. L'examen microscopique des urines ne laisse du reste aucun doute sur le diagnostic.

Il semble certain à *Olshausen* que cette affection rénale est due à la propagation par les uretères d'un catarrhe vésical primitif.

Les néphrites interstitielles suppurées s'observent plus rarement et l'auteur n'en a noté que deux faits. Dans l'un, la mort survint à la suite d'une maladie intercurrente, et l'on trouva de nombreux foyers purulents dans le parenchyme rénal. L'autre cas présenta des lésions identiques, et l'on nota en outre l'absence d'albumine dans les urines.

L. E. DUPUY.

On the value of the corpus luteum as a proof of impregnation (De la valeur du corps jaune comme preuve de la fécondation), par William BENHAM. (*Edinburgh medic. Journ., août* 1873, p. 127.)

L'observation qui forme le principal objet de ce mémoire est celle d'une fille vierge épileptique qui mourut le troisième jour de ses règles, et dont les organes génitaux purent être examinés en détail. On trouva l'utérus, les trompes et les ovaires très-fortement congestionnés. Sur l'ovaire gauche existait une petite tumeur grosse comme une fève, de couleur foncée, qui présenta à la coupe une cavité remplie de fibrine, entourée d'une substance jaunâtre assez vasculaire. En un mot, il y avait là un véritable corps jaune, ne différant en quoi que ce soit des corps jaunes trouvés, dans des conditions analogues, chez des femmes fécondées, et regardés comme pathognomoniques de l'imprégnation par divers auteurs (Paterson, Montgomery, Ramsbotham).

L'ovule correspondant à la rupture de ce corps jaune fut trouvé dans la cavité utérine sous forme d'un petit corps arrondi, enchâssé dans la caduque utérine congestionnée, et placé immédiatement à droite du raphé médian postérieur de l'utérus. D'après ses dimensions, il ressemblait

absolument aux ovules fécondés depuis une quinzaine de jours qu'a décrits Velpeau. D'ailleurs il ne renfermait absolument qu'un liquide albumineux.

Ce fait prouve donc d'une manière évidente la possibilité, pour un ovule non fécondé, de descendre dans la cavité utérine et de s'y fixer quelque temps sans être éliminé avec le liquide menstruel. D'après l'auteur, l'arrivée de l'ovule coïnciderait plus souvent avec le début de la menstruation qu'avec la fin de l'écoulement sanguin, et la congestion ovarienne serait l'agent immédiat de l'expulsion do l'œuf dans la trompe. Ces phénomènes avaient été du reste soupçonnés, mais sans preuves immédiates à l'appui, par Dalton et Bischoff; et Casper avait avancé que les corps jaunes de la menstruation ne pouvaient être distingués de ceux de la fécondation. Il en résulte que, au point de vue médico-légal, la constatation de l'existence d'un corps jaune ne saurait démontrer qu'il y ait eu imprégnation. H. RENDU.

On endometritis decidualis chronica as a cause of abortion in some cases of displacement of the pregnant uterus (Sur l'endométrite chronique de la membrane caduque comme cause d'avortement dans quelques cas de déplacement de l'utérus gravide), par Kronid SLAVJANSKY. (*Edinburgh medical Journal, août 1873, p.* 134.)

L'attention des médecins a été récemment attirée sur la fréquence des avortements dans le cas de rétroflexion utérine, et cette question a été traitée l'année dernière devant la Société obstétricale de Londres. Mais si le fait a été admis par tout le monde, il n'en a plus été de même des théories diverses par lesquelles on a voulu expliquer la cause de l'avortement. Pour le Dr Barnes, il s'agit d'un engorgement du tissu de l'utérus ; pour le Dr Braxton Hicks, d'une stase veineuse prolongée, aboutissant à la mort de l'œuf.

D'après l'auteur, il se produirait une endométrite chronique portant sur la membrane caduque, et c'est à la démonstration de cette théorie qu'il consacre son mémoire.

Les deux faits sur lesquels s'appuie l'auteur sont les suivants :

1° La femme d'un soldat, âgée de 25 ans, multipare, éprouve dans le cours de sa dernière grossesse divers accidents, notamment plusieurs métrorrhagies ; à la suite de la dernière, elle expulse, à terme, un embryon de 8 centimètres. On constate en même temps l'existence d'une rétroflexion utérine. La surface de l'enveloppe de l'œuf était inégale et tomenteuse, ses parois très-épaissies ; le fœtus flottait dans un liquide louche, et son corps était recouvert d'une fausse membrane fibrineuse ; il était d'ailleurs bien conservé et sans trace d'altération. La caduque utérine, qui formait l'enveloppe externe, était fort épaissie et dure, comme fibreuse ; elle enlaçait les villosités placentaires atrophiées, dont les vaisseaux étaient oblitérés par des thromboses. L'épithélium des villosités avait subi la dégénérescence graisseuse.

Pour le Dr Slavjansky, voici ce qui se serait passé : La rétroflexion utérine aurait été l'origine du mal, en donnant lieu à une endométrite catarrhale chronique, et consécutivement à des stases sanguines. De là,

métrorrhagies fréquentes, et, du côté du placenta, thromboses interstitielles en même temps qu'hypertrophie de la caduque.

2° Femme de 45 ans. Comme dans le cas précédent, grossesse traversée par plusieurs métrorrhagies et accompagnée de douleurs utérines. Constatation, par le toucher vaginal, de la présence d'une rétroflexion considérable, et, en même temps, sensation d'un corps étranger dans la partie antérieure de l'utérus ; avortement imminent, qui survient bientôt après. Le placenta avait 8 centimètres de diamètre ; il était dur, d'un jaune rougeâtre. La caduque était fort épaissie et infiltrée de foyers sanguins. Comme dans l'observation 1re, il y avait donc à la fois thrombose des sinus utéro-placentaires et induration inflammatoire de la caduque, par suite d'endométrite chronique.

Les symptômes de cette altération morbide seraient donc l'existence d'une série de métrorrhagies, revenant par intervalles, séparées par des périodes de calme, compliquées fréquemment de douleurs utérines expultrices, et finalement se terminant par une hémorrhagie plus forte et un véritable avortement. H. RENDU.

Das Becken bei angeborener doppelseitiger Hüftgelenksluxation (Du bassin dans les cas de double luxation congénitale de la hanche), par Ernst SASSMANN. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fasc.* 2, 1873.)

L'auteur commence son travail par la relation détaillée d'un cas de double luxation congénitale de la jambe chez une jeune fille de 18 ans. Cette observation, ajoutée à celles de Gurlt (*Ueber einige durch Erkrankung der Gelenkverbindungen verursachte Misstaltungen des menschlichen Beckens*) ; de Fabbri (*Descrizione di una pelvi obliqua ovale con lussazione congenita iliaca di due femori...*) ; de Guéniot (*Des luxations coxo-fémorales*, etc. *Thèse d'agrégation*, *Paris*, 1869), porte à 29 le nombre de faits identiques existant actuellement dans la science.

Voici le résumé des mesures prises d'une façon très-précise dans le nouveau cas auquel nous avons fait allusion :

Diamètre d'une épine iliaque à l'autre.....	23 1/2	cent.
— crête iliaque à l'autre.....	26	—
— conjugué externe.....	20	—
— conjugué diagonal.....	10 3/4	—
— tubérosité ischiatique à l'autre...	15 3/4	—
Diamètre direct du détroit inférieur (mesuré extérieurement de l'articulation sacro-coccygienne au sommet de l'arcade des pubis).....	11 1/2	—

Quant à la configuration générale du bassin, elle se rapproche beaucoup de la description donnée par Guéniot, et confirme les opinions de ce chirurgien. L'entrée du bassin a subi une compression transversale et le diamètre transverse du détroit supérieur est rétréci ; le même diamètre est au contraire notablement raccourci au détroit inférieur. L'inclinaison générale du bassin est considérable.

La cause et le mécanisme de ces malformations du bassin, leur

influence sur la grossesse et l'accouchement sont traités successivement par l'auteur avec beaucoup de clarté et d'une façon très-complète. A ce titre, et bien qu'il ne renferme aucune autre particularité réellement originale, le mémoire de Sassmann mérite d'être consulté.

L. E. DUPUY.

Die Umwandlung von Gesichtslage zu Hinterhauptslage durch alleinigen äusseren Handgriff (Conversion d'une présentation de la face en présentation du sommet par manœuvres externes), par SCHATZ. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fascicule 2, Berlin,* 1873.)

Avant de décrire son procédé consistant à convertir une présentation de la face en présentation du sommet par manœuvres externes, l'auteur passe en revue les méthodes proposées avant lui et en signale les inconvénients. Ces méthodes sont au nombre de trois : 1° Repousser la face en haut à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et abaisser ainsi l'occiput, par suite du mouvement de rotation imprimé à la tête, autour de son axe transversal.

2° Saisir directement l'occiput, soit avec la main, soit avec un instrument, et l'attirer en bas ;

3° Combiner les deux précédentes manœuvres.

Voici les principales objections formulées par Schatz contre ces procédés : il est impossible de ménager la poche des eaux ; l'introduction d'une grande partie de la main sinon de la main entière dans la cavité utérine est nécessaire pour effectuer ces diverses manœuvres ; les doigts de l'opérateur ne rencontrent pas toujours des points d'appui suffisamment fixes pour produire facilement la flexion de la tête, etc., etc.

Pour éviter ces divers inconvénients, et guidé par plusieurs considérations théoriques, Schatz propose d'agir non pas directement sur la tête fœtale, mais sur les portions du tronc qui lui sont contiguës.

Après s'être rendu exactement compte par la palpation de la position du fœtus, il procède aux manœuvres externes suivantes : 1° il saisit avec la main les épaules et le thorax du fœtus et les repousse d'abord en haut et du côté vers lequel est tourné le dos fœtal ; 2° aussitôt que le thorax et les épaules ont été amenés dans l'axe longitudinal de l'œuf, il cesse de les repousser en haut mais continue de les diriger du côté du dos fœtal. Pendant que l'on exécute ces manœuvres d'une main, on fixe de l'autre le fond de l'utérus et l'extrémité pelvienne du fœtus; il est même préférable de repousser cette dernière vers la place qu'occupaient précédemment la poitrine et les épaules fœtales.

Schatz n'a encore employé son procédé qu'une seule fois ; il faut donc encore faire des réserves sur l'utilité pratique de cette méthode. D'autre part, ainsi que le fait remarquer son auteur lui-même, elle exige une connaissance très-profonde de la palpation abdominale et ne peut être employée en conséquence que par un nombre relativement restreint d'accoucheurs.

L. E. DUPUY.

Ueber fühlbares Uteringeräusche (Souffle utérin perceptible à la palpation), par Émil ROTTER, d'Erlangen. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fasc. 3, Berlin,* 1873.)

En palpant le voisinage de l'ombilic chez des femmes enceintes, l'auteur a senti sous le doigt un frémissement parfaitement appréciable qu'il compare à celui qu'on perçoit à l'exploration des parties superficielles d'un anévrysme. Le frémissement est rhythmique, isochrone aux pulsations radiales. Si l'on vient à exercer une compression un peu forte sur la paroi abdominale, le frémissement disparaît et l'on sent une pulsation artérielle. A la même place, on entend à l'aide du stéthoscope un bruit de souffle utérin très-marqué. En faisant varier la position de la femme enceinte, le frémissement se déplace en même temps que l'utérus : preuve évidente qu'il se produit dans la matrice et non dans les artères de la paroi abdominale.

L'auteur croit avoir été le premier à signaler que le bruit de souffle utérin pouvait devenir « appréciable à la palpation ; » il pense que sa découverte est appelée à jeter un jour nouveau sur la théorie du bruit de souffle utérin.

Et d'abord c'est dire un *non-sens* que de prétendre qu'un *souffle* peut se percevoir par le *palper ;* on peut percevoir le *choc*, les *vibrations* avec le toucher dont le palper est une forme. Or, depuis vingt ans, le professeur Pajot a fait connaître dans ses cours un *souffle utérin avec choc* que l'on ne trouve point décrit dans les ouvrages classiques ; ce phénomène s'observe parfois au début du travail et surtout des avortements et des accouchements prématurés.

Ainsi, non-seulement la prétendue découverte de Rotter est un fait vulgarisé chez nous depuis de nombreuses années, mais les conditions dans lesquelles se produit ce *souffle accompagné de vibrations* ont été exactement signalées par le savant professeur de l'Ecole de Paris. Or, l'auteur allemand ne nous fournit, à cet égard, aucun renseignement précis.

Ajoutons enfin que Rotter étudie également dans son travail les pulsations des artères cervicales perceptibles par le toucher vaginal et les rapports de ces pulsations avec le souffle utérin. L. E. DUPUY.

Observations diverses.

A case of intrauterine polypus, by Matthews DUNCAN and Kronid SLAVJANSKY. (*Edinburgh med. Journ., août* 1873, *p.* 97.)

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 52 ans, qui était devenue anémique à la suite de métrorrhagies répétées. L'examen du col utérin fit reconnaître l'existence d'une tumeur pédiculée, semblant partir du fond de l'utérus, et ramifié en une série de tumeurs secondaires. Cette apparence peu commune concordait avec une mollesse inusitée du

polype, qui s'arracha facilement et dont les débris furent entraînés par une injection intra-utérine.

L'examen microscopique, après durcissement dans le liquide de Müller et dans l'alcool, montra que l'on avait affaire à un adénome, évidemment développé aux dépens de la muqueuse utérine et tout à fait analogue aux tumeurs du même genre que l'on rencontre dans le rectum. Sur nombre de points, il s'était produit des hémorrhagies interstitielles. L'auteur ne se prononce pas absolument sur la malignité de cet adénome, toutefois il exprime ses craintes à cet égard. H.-R.

Évolution spontanée avec survie du fœtus, par AUBENAS; C. r. de la société de médecine de Strasbourg. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1873, *n°* 17.)

Il s'agit ici d'un cas bien constaté d'évolution spontanée. Une femme de 33 ans, bipare, à la fin du huitième mois, entre en travail ; immédiatement après la rupture de la poche des eaux, le bras droit, jusqu'à l'épaule, se dégage sous la branche droite de l'arc pubien, et le tronc et les fesses viennent à apparaître ; l'accouchement se termine spontanément. L'enfant, bien conformé, ayant $0^{m}48$ centimètres de long et pesant 2,700 grammes, est vivant, et la mère quitte l'hôpital huit jours après son accouchement. H. TH.

Apoplexy with convulsions and hemiplegia in the puerperal period, terminating in recovery (Apoplexie avec convulsions et hémiplégie dans la période puerpérale; guérison), par A.-B. STEELE. (*Brit. med. journ.*, 30 *août* 1873.)

Jeune femme de 20 ans, ayant accouché trois fois; quatorze jours après le troisième accouchement, elle se plaignit d'oppression, de céphalalgie et eut des convulsions. Elle perdit connaissance, la respiration devint stertoreuse, la langue, prise entre les dents, ne fut pas mordue bien profondément, les joues étaient contractées violemment. Il n'y avait pas de cyanose bien marquée comme dans les cas d'éclampsie grave ; le pouls était plein et bondissant. Il n'y avait pas de constipation et la langue était nette. Cet état céda à la chloroformisation. Les convulsions ne se montrèrent plus, mais la connaissance ne revint qu'à la nuit; à ce moment, elle se trouva mieux. Le lendemain matin, elle était dans un état satisfaisant; mais, en changeant son linge, on s'aperçut que le bras et la jambe gauche étaient paralysés ; on fut aussi obligé de sonder la malade, qui ne pouvait uriner. La malade avait sa connaissance, mais elle était excitable au plus haut point. Le pouls était à 80 pulsations; la température normale, l'urine ne contenait pas d'albumine. Les selles étaient faciles. Douleur dans la tempe droite, langue et face déviées du côté gauche, pupilles naturelles. Pendant les quatre jours suivants, alternatives de repos et d'agitation ; la malade délirait, se croyait morte, voulait mordre les personnes qui étaient près d'elles, en un mot elle avait les signes d'une véritable manie puerpérale, ce qui était d'autant moins surprenant qu'il existait chez elle une tendance héréditaire à la folie, sans parler d'attaques de chorée auxquelles elle était sujette depuis quelques années.

Quatre semaines après le début des accidents, les signes de paralysie disparurent sans laisser de traces appréciables.

Il y a dans cette intéressante observation une lacune, le cœur n'a pas

été examiné, ce qui était d'autant plus nécessaire que la malade était choréique. Aussi ne serait-il pas impossible qu'on ait eu là sous les yeux un cas d'embolie, et on sait que dans ces circonstances il n'est pas rare, comme dans l'observation actuelle, de voir disparaître complétement la paralysie. A. GOUGUENHEIM.

Ein Fall von Schwangerschafft in einem rudimentären Geb ärmutterhorn ; Verblutungstodt. Transmigratio seminis extra-uterina (Cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire ; mort par hémorrhagie. Émigration extra-utérine du germe), par le Dr. Rudolph JÆNSCH, de Breslau. (*Arch. f. path., Anat. und Phys., LVIII, livr.* 2.)

L'observation suivante est un exemple qui montre qu'une corne utérine rudimentaire est susceptible d'être le siége du produit de la conception sans avoir de communication avec la cavité de la corne développée.

Observation. — Femme de 27 ans, réglée à 14 ans. Mariée depuis 4 ans ; délivrée au forceps d'un enfant vivant, il y a 3 ans. Redevient enceinte en janvier 1873. Se porte bien jusque dans la nuit du 13-14 mai; est réveillée par une douleur subite qui débute dans la partie gauche du bas-ventre, meurt 3 jours après avec tous les symptômes d'une hémorrhagie abdominale très-abondante.

Autopsie. — Dans le petit bassin, au milieu d'une masse considérable de caillots, se trouve un kyste renfermant un fœtus du sexe féminin, âgé de 16-18 semaines, mesurant 22 cent. de long et pesant 160 gr.; sous le kyste et sur le plancher du bassin, existe un utérus unicorne, cylindrique, infléchi vers la droite, donnant par son sommet insertion aux annexes droits de l'utérus, et par son segment inférieur à un ligament aminci formé par une duplicature du péritoine. Ce ligament se dirige vers la gauche, et après un parcours de 8 cent. aboutit par son autre extrémité à un corps du volume d'un œuf de poule, aplati vers l'une de ses extrémités, de façon à présenter 2 faces, dont l'une donne insertion au placenta qui repose sur lui comme le chapeau d'un champignon. La double lame séreuse recouvre ce corps ovoïde, s'enfonce dans le sillon formé par lui et le placenta, et se termine au pourtour du bord de ce dernier par un contour sinueux et dentelé, en rapport avec l'expansion périphérique de la substance du corps ovoïde. Les annexes gauches de l'utérus existent comme à l'état normal. La trompe, longue d'environ 12 centimètres, se termine dans la partie périphérique et amincie du corps ovoïde. L'ovaire gauche ne diffère pas du droit, il présente un corps jaune du diamètre de 1 cent. 5 et se trouve rattaché au corps ovoïde par un ligament ovarien un peu plus court que le droit.

Dans sa partie périphérique, épaisse seulement de 4-6 millimètres, le corps ovoïde présente une structure fibreuse, mais plus on s'avance profondément vers l'insertion placentaire, plus il prend une texture caverneuse et son tissu se rencontre alors composé de fibres lisses comme celui d'un utérus gravide. Il n'y a point de cavité dans cet organe. En disséquant la duplicature séreuse qui le rattache à l'utérus droit, on met à nu un pédicule arrondi, de 5 centimètres de long, qui commence par une extrémité un peu effilée à 2 centimètres de distance de l'utérus droit, et à 1 centimètre au-dessus de l'orifice utérin interne ; il présente un canal extrêmement petit, revêtu d'un épithélium vibratile et disparaît par une extrémité aplatie au milieu du corps ovoïde.

De l'ensemble de cette description, l'auteur se croit autorisé à considérer ce dernier comme une corne utérine rudimentaire indépendante de l'utérus droit.

Le placenta gorgé de sang coagulé forme autour de la corne gauche un gâteau arrondi, irrégulièrement épaissi de 36 centimètres de circonférence, de 2-6 centimètres d'épaisseur et dont le grand diamètre comporte 13 centimètres; sa surface donne naissance au chorion, qui, à son origine placentaire, conserve le caractère d'un plexus caverneux, c'est-à-dire semble être le placenta étiré en membrane. A l'endroit où le corps du placenta est le plus épais, le chorion présente une sorte de segment de sphère dur de 5 centimètres de diamètre et de 2-5 d'épaisseur. Cet aspect est dû à l'infiltration dans son tissu de sang coagulé; sur le point culminant de cette partie du chorion, se trouve une lacune arrondie sous forme de cratère de 25 centimètres de large et à fond irrégulier déchiré. Selon toute probabilité, c'est là le point où après l'apoplexie placentaire, le sang extravasé s'est frayé un chemin dans l'abdomen. Le chorion soudé à l'amnios formait la membrane de l'œuf qui se trouvait ainsi libre dans la cavité abdominale.

L'auteur rejette l'idée d'une grossesse abdominale. Selon lui, il y a eu primitivement dans la corne gauche une cavité renfermant le produit de la conception et qui s'est rompue dans la direction la moins résistante sous l'influence de la pression concentrique exercée par l'œuf en voie de développement. Après cette rupture, celui-ci avec le placenta et les membranes est devenu libre dans l'abdomen. Quant à la date de cette rupture, il semble difficile à l'auteur de la fixer. A. KELSCH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Gynäkologische Mittheilungen (Mélanges de gynécologie), par le prof. Alois VALENTA, de Laybach. (*Memorabilien*, 6 fasc., Heilbronn.)

Die Krankeiten d. weiblichen Geschlechtes (Maladies des femmes), par H. BEIGEL. — Erlangen.

Remarks on some points in the clinical pathology of uterine disease (Remarques sur quelques points de pathologie des maladies utérines), par le Dr J. BRAXTON HICKS. (*The obstetrical Journal*, nos 2 et 3.)

Zur Geburtshülfe u. Gynäkologie (Accouchements et Gynécologie), par C. F. H. ABEGG. — Dantzig.

Brevi cenni sulle condizioni della patologia speciale muhebre ed infantile in Italia e sui principali lavori publicati in questa materia (Indications sommaires sur l'état de la pathologie de la femme et des enfants en Italie et sur les principaux travaux publies sur cette matière), par le Dr J. BERRUTI.

A short account of the cases of three sisters in whom the uterus and ovaries were absent (Notes sur trois cas d'absence d'utérus et d'ovaires

chez trois sœurs), par le Dr Charles Squarcy. (*Trans. ot the obst. Soc. London*, vol., XIV, p. 212-216.)

Atresia vaginæ, par Ponfick. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie*, t. II, fasc. 2, Berlin.)

Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'utérus, par le Dr Castiau. (*Bull. méd. du Nord*, nº 4.)

Des vomissements hystériques; leçon de M. Bouchard, recueillie par Joseph Michel. (*Mouv. méd.*, nº 26, p. 321; nº 27, 333.)

Short notes of a case of imperforate hymen; in which upwards of one hundred ounces of retained menstrual fluid were evacuated (Quelques notes sur un cas d'hymen imperforé; évacuation de plus de cent onces de liquide menstruel), par Lloyd Roberts. (*British med. Journ.*, 18 oct.)

Clinical observations on conditions of the female bladder (Observations cliniques sur l'état de la vessie chez la femme), par Thomas Stretch Dowse. (*The Lancet*, 6 sept., t. II, p. 332.)

Strangulated hernia of right ovary in femoral region; operation; recovery (Hernie étranglée de l'ovaire droit dans la région fémorale; opération, guérison), par Edmond Owen. (*British Med. Journ.*, nº 676.)

Case of vaginal thrombus (Cas de thrombus du vagin), par le Dr Robert James. (*Transact. of the obstetr. Society of London*, vol. XIV, p. 43-45.)

Escrescenze e tumori che formansi allo interno ed ai contorni dell'uretra muliebre e loro cura (Excroissances et tumeurs qui se forment en dedans et autour de l'urèthre de la femme, et de leur traitement), mémoire du professeur F. Rizzoli. (*Bull. delle Soc. méd. de Bologne*, sept., p. 146.)

Papillom der Kleinen Labien und der Schenkel des Præputium (P. des petites lèvres et du capuchon du clitoris), par le Dr E. Martin, Soc. obstétr. de Berlin, Séance du 13 mai. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 45.)

Cases of pruritus (Cas de prurit vulvaire par les causes les plus variées), par Arthur Edis. (*Brit. med. Journ.*, 20 nov.)

Squirrhe du vagin, par J. L. Cleveland. (*The Clinic*, mai.)

D'une nouvelle canule pour injections vaginales et de ses avantages; par le Dr Delioux de Savignac. (*Bull. Gén. de Thérap.*, t. LXXXV, p. 159.)

Case of vesico-vaginal and recto-vaginal fistula (Cas de fistule vésico-vaginale et recto-vaginale) *Obstetrical Society of London*, par M. T. Eyton Jones. (*The Lancet*, 18 oct., t. II, p. 557.)

Guarigione perfetta di una vasta fistola uretro-vescico-vaginale colla cauterizzazione attuale (Guérison complète d'une vaste fistule uréthro-vésico-vaginale par la cautérisation actuelle), note du Dr S. D'Ormea. (*Bul. delle sc. med.*, sept., p. 194.)

Genèse et étiologie des hémorrhagies utérines, par G. Bougon. (*Thèse Paris*, A. Delahaye.)

Case of pelvic hœmatoma, or retro-uterine hœmatocele, with remarks; especially as to the source of the hœmorrhage (Un cas d'hématome pelvien ou d'hématocèle rétro-utérine, suivi de réflexions sur la source de l'hémorrhagie), par le Dr Snow Beck. (*Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XIV, p. 260-282.)

On pelvic hematocele (De l'hématocèle du petit bassin), par Alfred Meadows. (*The Lancet*, 15 nov., t. II. p. 698.)

Kyste purulent rétro-utérin, par Kœberlé. (*Gazette médicale de Strasbourg*, nº 17.)

Ipertrophia longitudinale del collo uterino interessante contemporaneamente tanto la sua porzione sopra-vaginale, quanto, l'intra-vaginale (Hypertrophie longitudinale du col utérin, intéressant à la fois la portion sus-vaginale et l'intra-vaginale), note du Dr C. Belluzzi. (*Bul. delle sc. méd., de Bologne*, oct. 1872, p. 288.)

Sur l'inflammation et l'ulcération du col utérin, par R. L. Payne. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

Behandlung der chronischen Endometritis cervicalis, traitement du prof. Bischoff. (*Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, nº 22, p. 604.)

Sur le traitement de la métrite chronique, par M. Senn. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

On the causation of acquired flexions of the uterus and their pathology (Des causes des flexions utérines et de leur pathologie), par le Dr Ch. Squarey. (*Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XIV, p. 344-360.)

Lectures on flexions of the uterus as a cause of dysmenorrhea (Leçons sur les flexions de l'utérus comme cause de dysménorrhée), par Charles E. Squarey, (fin.) (*The Lancet*, 22 nov., t. II, p. 729.)

On the mechanism of the production of certain displacements of the uterus (Sur le mécanisme de la production de certains déplacements de l'utérus), par John Williams. (*The Lancet*, 30 août, t. II, p. 298.)

Hypertrophie et antiversion de l'utérus, par E. N. Chapman. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mars.)

Chronic inversion of the uterus, reduction (Inversion chronique de l'utérus, réduction), 2 cas, G. H. Kidd et G. Johnston. Société obstétricale de Dublin, 14 juin. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, juillet.)

Remarks upon the mechanical treatment of uterine displacements (Remarques sur le traitement mécaniqne des déplacements de l'utérus), par W. M. Chamberlain. (*The Medical Record*, New-York, 15 août, p. 396.)

Case of spontaneous reduction of an inverted uterus eight weeks postpartum, by H. Hunt. (*The American Journ. of the med. sc.*. oct., p. 574.)

Contribution à l'étude de la stérilité; des déviations utérines considérées comme obstacles à la fécondation, par A. Piquantin. (*Thèse de Paris.*)

Erweiterung der an sich zu engen oder durch Knickungen verengten collum Uteri (Dilatation par des bougies en gutta-percha du col de l'utérus, rétréci ou oblitéré à la suite d'une flexion), par F. Küchenmeister. (*Oester. Zeitsch. für prakt. Heilk.*, nº 7, 14 fév.)

Amputation du col utérin, par van Derveer. (*Philad. Med. Times*, mai.)

On a new method for effecting reduction of the uterus in chronic inversion Sur une nouvelle méthode destinée à réduire l'inversion chronique de l'utérus), par le Dr R. Barnes. (*The obstetrical Journal*, nº 1, avril.)

Cases of uterine flexions successfully treated by the intra-uterine stem

(Cas de flexions utérines traitées avec succès par la sonde intra-utérine), par le Dr Th. Chambers. (*The obstetrical Journal*, Reports of hospital practice; nº II, p. 115-120, mai; nº III, p. 184-190, juin; nº IV, p. 243-248, août.)

Improved intra-uterine stem (Sonde intra-utérine perfectionnée), par le Dr Thomas Chambers. (*The obstetrical Journal*, nº 1, p. 21-23.)

On the use of nitric acid in the treatment of uterine disease (Sur l'emploi de l'acide nitrique dans le traitement des affections utérines), par le Dr Lombe Hill. (*The obstetr. Journ.*, ne III, p. 145-160, juin.)

Menstrual irregularities and their relation to diseases of the nervous system (Des troubles menstruels et de leurs rapports avec les maladies du système nerveux), par le Dr Lawson Tait. (*The obstetrical Journal*, p. 94-104 et nº III, p. 173-180, mai.)

Der Presschwamm in der Geburtshülfs-gynäkol. Praxis (De l'éponge préparée dans la pratique gynécologique et obstétricale), par Ritter von Ebenhof Weber. (*Böhm. Corr.-Bl.*, p. 7.)

On the diagnosis and treatment of uterine polypi (Diagnostic et traitement des polypes utérins), par Thomas More Madden. Société obstétricale de Dublin, 28 juin. (*The Dublin, Journal of med. sc.*, août.)

Sur l'extirpation de l'utérus pour les tumeurs fibreuses, par P. S. Conner. (*The Clinic*, juin.)

Tumeur fibreuse utérine, par C. D. Palmer. (*The Clinic*, avril.)

Ein seltener Fall von cavernösem Uterus fibroid (Un cas rare de fibroïde caverneux de l'utérus), par le Dr G. Léopold, de Leipzig. (*Archiv der Heilkunde*, 5e livraison.)

Die Verkleinerung der Uteruspolypen behuts leichterer Entfernung (Des moyens de diminuer le volume des polypes utérins pour rendre leur extirpation plus facile), par le Dr Fred Betz. (*Memorabilien*, 5e fasc., Heilbronn.)

On fibrous Tumours of the uterus (Sur les tumeurs fibreuses de l'utérus), par le Dr G. H. Kidd. (*Proceedings of the Dublin, obstetr. Society*, 1872, p. 129-145.)

Cases of polypus of the uterus (Observations de polypes utérins), par le Dr John Cranny. (*Idem*, p. 147-154.)

Intra parietale Fibromyome, par Ponfick. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynakologie*, t. II, fasc. 2, Berlin.)

Congenitaler Sacraltumor, par Staude. (*Idem.*)

Tumor im hinteren Beckenraume (Tumeur de la partie postérieure de l'excavation), par Kauffmann. (*Idem.*)

Grossa cisti aderente allo interne del collo della matrice costituita da una glandola del Sappey. Escisione del collo uterino comprendente il tumore. Guarigione. (Kyste volumineux adhérent à la partie interne du col de la matrice, formé par une glande de Sappey. Excision du col de l'utérus, en comprenant la tumeur), par le professeur Rizzoli. (*Bull. delle sc. med.*, sér. V, juillet et août, Bologne.)

(*Voir la suite des renseignements bibliographiques à la fin du fascicule*).

MALADIES DES ENFANTS

ANALYSES.

Sur deux cas de Tubulhématie rénale chez des nouveau-nés, par M. J. PARROT. (*Arch. de Physiologie*, n° 5, 1873.)

M. Parrot propose le nom de *Tubulhématie rénale* pour désigner une maladie non décrite jusqu'à ce jour et qu'il a observée chez les nouveau-nés.

Cette dénomination rappelle l'accumulation considérable et l'agencement particulier des globules rouges dans les tubules rénaux. Ajoutons de suite que les hématies venant des reins forment aussi des masses qui se retrouvent dans les calices, les uretères, la vessie, où elles se mélangent en partie avec l'urine.

Deux observations sont rapportées dans ce travail :

Dans la première il s'agit d'un enfant de trois jours qui est pris de troubles encéphalopathiques qui persistent jusqu'à la mort, et parmi lesquels on doit noter surtout des convulsions épileptiformes.

Peu de temps après le début des accidents, la peau prend une coloration jaune, qui ne tarde pas à devenir bronzée, et les urines, aussi bien que les garde-robes ont une teinte brun-noirâtre. L'examen du sang, pratiqué à cette époque, fait voir, non-seulement une diminution notable dans le nombre des globules rouges, mais encore des modifications importantes dans le volume et dans la constitution des hématies. Les globules blancs sont également beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Dans les derniers jours, les urines redeviennent normales, les déjections intestinales bilieuses; et dans le sang on ne retrouve plus d'hématies altérées. Enfin, un érysipèle envahit le cuir chevelu, et le petit malade succombe après avoir perdu 908 grammes de son poids initial. La maladie a duré trois semaines. La température a été normale pendant presque toute la durée. Une seule fois elle atteint 38° C et ce n'est que pendant les cinq derniers jours qu'elle oscille entre 37° 36°6 C.

A l'autopsie on trouve que le cerveau est stéatosé et ramolli et que les poumons sont hépatisés sur quelques points.

Dans les reins, il existe de petits foyers de ramollissement. Les tubes contournés et ceux de Bellini surtout, renferment des éléments rouges du sang. Ceux-ci sont groupés et juxtaposés de manière à former dans les tubules des assises annulaires, qui en se superposant, forment des cylindres presque toujours mamelonnés et creusés à leur centre d'une cavité dont le diamètre variable n'est jamais très-considérable. Ces cylindres sont composés exclusivement d'hématies et l'on n'y peut distinguer la présence d'un autre

élément. L'épithélium des canalicules est toujours situé en dehors des cylindres, et lorsqu'il est disloqué, on peut retrouver et reconnaître les cellules qui le caractérisent.

Les calices, les bassinets, la vessie renferment des concrétions d'un vert foncé, dont il est difficile de mettre en doute l'origine hématique.

M. Parrot estime que les troubles encéphalopathiques qui ont les premiers attiré l'attention et qui ont, en quelque sorte, caractérisé la maladie, doivent être rattachés aux lésions rénales. Les arguments de M. Parrot restent sans réplique ; mais il est remarquable que, dans ces conditions, la température soit démeurée normale et ne se soit qu'à peine abaissée dans les derniers jours de la maladie. Nous ferons remarquer, à cette occasion, que la température centrale est souvent plus basse chez les adultes atteints d'urémie que chez les nouveau-nés en proie à l'encéphalopathie urémique.

Quant au processus pathologique, il est difficile à préciser. Il est probable que le premier phénomène consiste dans une altération du sang. Ensuite les hématies altérées ont pénétré dans les tubules rénaux par diapédèse. Le sang s'est trouvé ainsi débarrassé des globules altérés, mais la pénétration des globules rouges dans les tubes de Bellini ne s'est pas immédiatement arrêtée pour cela. — Il est résulté de là une aglobulie à laquelle sont sans doute imputables la stéatose et le ramollissement cérébral.

Les teintes si remarquables par lesquelles a passé la peau, depuis le jaune sub-ictérique jusqu'au vert bronzé, doivent être rapportées à l'imbibition de son tissu par la matière colorante provenant des hématies altérées.

Dans la seconde observation on retrouve la coloration bronzée de la peau, la même teinte brunâtre des urines, quelques troubles nerveux urémiques, de l'aglobulie, les mêmes lésions rénales, mais en plus une thrombose des veines émulgentes. A ce propos, M. Parrot rappelle une courte note, publiée en 1871, dans le *Wiener medizinisch Presse*, par M. Pollak. L'auteur allemand ayant observé la coloration bronzée de la peau chez un certain nombre de nouveau-nés, la rapporte à la thrombose des veines rénales, sans aucun commentaire.

Dans la seconde partie de son travail, M. Parrot s'applique à réfuter l'opinion de M. Pollak. Il rappelle d'abord ses études sur la thrombose veineuse chez le nouveau-né : (*Sur l'encéphalopathie urémique, etc. In Arch. génér. de med.*, 4873, t. II. — *Remarques sur la thrombose veineuse chez les nouveau-nés, à propos d'un cas où des coagulations dans les artères pulmonaires avaient déterminé le ramollissement du parenchyme pulmonaire, In Société de biologie*, 1873. — *Sur un cas de ramollissement des viscères par thrombose veineuse chez un nouveau-né, Soc. anatom.* 1873.) — M. Parrot a fréquemment observé la thrombose veineuse, en particulier celle du rein, et jamais il n'a vu dans ces

cas, ni coloration bronzée de la peau, ni tubulhématie rénale. Tel est aussi le résultat négatif des observations d'Otto Beckmann (*Verhandhungen der physicalisch-medicinischen Gesellschaft*, 1859, p. 201).

L'examen microscopique, dans les cas de thrombose de la veine rénale, démontre que le sang est exclusivement contenu dans les réseaux veineux et capillaires et que les tubules rénaux ne renferment pas d'hématies. Les tubules rénaux sont généralement aplatis, leur épithélium est plus ou moins granuleux , et parfois le tube est oblitéré par un petit cylindre de matière protéique.

Viennent ensuite trois observations de thrombose rénale, dont les deux premières ont été publiées, en partie du moins, dans le mémoire précédemment cité sur l'encéphalopathie urémique. Dans ces trois faits, il n'y eut ni coloration bronzée de la peau, ni tubulhématie rénale.

En laissant de côté les faits de M. Pollak, qui sont trop concis pour qu'on puisse les interpréter, M. Parrot cite, comme se rapportant à la tubulhématie rénale, une observation sur laquelle M. Vulpian lui a remis une note. — Il s'agit d'un enfant de quelques jours apporté par M. Bastien à M. Vulpian. La vessie, les calices, l'uretère gauche renferment des concrétions formées par des hématies plus ou moins altérées. Enfin, dans les pyramides, on trouve un grand nombre de tubules remplis par des globules sanguins.

M. Parrot résume ainsi ce travail si intéressant :

« On observe chez les nouveau-nés une maladie pour laquelle « nous proposons le nom de *tubulhématie rénale*.

« Elle est caractérisée : cliniquement par des troubles encéphalopathiques, une coloration bronzée de la peau, une altération « du sang et de l'hématurie ; — anatomiquement, par la présence, « dans les tubules des reins, de globules rouges du sang qui y affectent une disposition toute spéciale.

« Cette lésion rénale diffère essentiellement de celle qu'engendre la thrombose des veines émulgentes. Car dans cette dernière « les veines et le réseau capillaire sont remplis de sang, mais l'on « n'en trouve pas dans les tubules.

« La tubulhématie reconnaît pour cause une dyscrasie primitive « du sang (une aglobulie et probablement une altération des globules rouges), tandis que la thrombose des veines est liée à « l'athrepsie qui prend sa source dans des troubles digestifs.

« Les deux lésions peuvent être observées chez le même sujet; « lorsque l'athrepsie vient compliquer le premier processus morbide. »

A. JOFFROY.

Maladie bronzée hématique des nouveau-nés (tubulhématie rénale) par M. LAROYENNE; communicat. à l'Association française pour l'avancement des sciences. (*Session de Lyon*, 1873.)

Idem, par M. le docteur CHARRIN, interne des hôpitaux de Lyon. (*Thèse de Paris.*)

En même temps que M. Parrot publiait les recherches ci-dessus, MM. Laroyenne et Charrin observaient à la Maternité de Lyon une véritable épidémie de cette maladie non décrite jusqu'ici. En quelques mois, en effet, le hasard a mis sous leurs yeux quatorze cas. Ces observations présentées par M. Laroyenne à la section médicale de l'Association française, ont été réunies par M. Charrin dans un travail complet où sont exposées les principales phases de la maladie. Leurs conclusions sont absolument analogues à celles de M. Parrot ; nous ne relèverons que quelques faits particuliers.

Il n'y a eu dans aucun cas les phénomènes cérébraux rencontrés par le médecin des Enfants assistés ; aucune lésion, conséquemment, des centres nerveux à l'autopsie. Les désordres portaient uniquement sur l'appareil rénal, où l'on trouvait la lésion décrite plus haut, et sur l'appareil cutané, ceux-ci bien entendu secondaires et dus à l'extravasation sanguine. Tout les cas ont été suivis de mort à bref délai, sans accident particulier autre que l'hématurie et la coloration bronzée.

Les auteurs n'ont pu déterminer la cause d'apparition de cette maladie ; les nouveau-nés étaient normalement constitués, venus au monde dans de bonnes conditions ; les mères étaient elles-mêmes en parfaite santé, sauf une, atteinte de phthisie. Sur les 14 femmes, 9 étaient primipares, 5 multipares ; 13 eurent des grossesses simples, une seule une grossesse gémellaire. Dans 14 cas l'allaitement a été commencé par la mère et 10 fois continué par elle. Enfin les conditions de salubrité étaient des meilleures à ce moment à la Maternité et l'influence nosocomiale ne doit guère être mise en cause, puisque la maladie s'est montrée en plus grand nombre alors qu'il ne régnait aucune épidémie puerpérale.

Faute de matériaux suffisants, M. Charrin n'a pas résolu la question de pathogénie. Pour lui, l'altération du sang, démontrée pendant la vie par la coloration *noir sépia*, par sa constitution histologique (granulations, augmentation de volume des globules rouges, leucocytose), est un phénomène primordial. Reste à savoir sous la dépendance de quelle cause cette altération se produit. Sans donner lui-même une explication, l'auteur prouve manifestement, d'accord en cela avec M. Parrot, que l'opignom de Pollak

sur la thrombose des veines rénales n'est pas admissible dans le cas actuel. A. CARTAZ.

Die physikalische Untersuchung der Brustorgane der Kinder (Exploration physique du thorax chez les enfants), par le Dr Alois MONTI. (*Œsterr. Jahrb. für Pædiatrik, II. Band, Jahrg.* 1872, *et I. Band, Jahrg.* 1873.)

L'auteur signale tout d'abord les difficultés que présente l'examen physique des organes respiratoires chez les enfants. L'exploration doit porter en premier lieu sur les conditions anatomiques de la cage thoracique, La conformation extérieure du thorax présente de nombreuses variétés non-seulement suivant les âges, mais aussi suivant les individus eux-mêmes. La paroi antérieure de la poitrine est fortement bombée chez les nouveau-nés; la paroi postérieure, au contraire, est aplatie. Le thorax a une forme arrondie chez les enfants du premier âge, parce que le pannicule graisseux en égalise les contours. Le plus souvent, on remarque sur les côtés un sillon semi-circulaire suivant à peu près la ligne d'insertion du diaphragme, qui sépare les deux cavités thoracique et abdominale.

D'après Bednar, le bord antéro-inférieur du poumon chez les enfants de deux mois atteint la sixième côte. A cet âge, la longueur des poumons est en avant de 2 1/2 à 3 pouces ; en arrière, elle atteint 3 à 3 1/2 pouces. La circonférence du thorax est très-petite chez les nouveau-nés. D'après Lizharik, le périmètre de la poitrine est à peu près le double de la largeur des épaules et la moitié de la longueur du corps, environ 26 à 35 centimètres. D'après Ritter, la circonférence du thorax à sa base serait trois fois plus grande que la largeur des épaules et excéderait de 7 centimètres la longueur de la moitié du corps, en moyenne 32 centimètres.

En outre, le thorax des nouveau-nés présente une autre particularité résultant du volume et de la situation du foie : c'est-à-dire que la base de la moitié postérieure droite est plus grande que celle de gauche.

La *respiration* des nouveau-nés et des enfants en bas âge présente des modalités correspondantes :

1° *Inégalité*. La respiration est incomplète, inégale, les poumons étant moins perméables à l'air dans la première enfance qu'à un âge plus avancé. Au sommet des poumons, le bruit respiratoire est tantôt lent et tantôt rapide.

2° *Type*. Chez les nouveau-nés, la respiration affecte de préférence le type abdominal. Le thorax ne se dilate presque pas dans ses parties supérieures, de sorte que les changements de forme sont plutôt appréciables à l'abdomen qu'au thorax. Il se produit à

chaque expiration une dépression manifeste du creux épigastrique.

3° Le *nombre* des respirations chez les nouveau-nés est extrêmement variable. Il serait de 26 pendant le sommeil d'après Vogel, de 24 à 36 suivant Valleix ; immédiatement après la naissance, de 44 en moyenne (maximum 70, minimum 23). Ce nombre diminue progressivement avec l'âge (Quetelet). Selon Monti, il serait impossible de fixer un chiffre normal de la fréquence des mouvements respiratoires, parce qu'elle est sujette à de trop grandes variations.

L'auteur, après ces considérations générales, examine les diverses circonstances qui modifient la forme du thorax :

1° Au moment où les jeunes enfants commencent à marcher, il se produit une ampliation notable de la cage thoracique.

2° L'abaissement du diaphragme résultant alors de la station verticale amène une diminution relative des viscères abdominaux.

3° Enfin le développement plus considérable des muscles de la poitrine contribue également à modifier le volume et la forme du thorax.

Le thorax chez les enfants ne perd que lentement sa forme cylindrique et ne prend que peu à peu la forme conique. Ce n'est qu'à partir de la quatrième année que cette transformation est complète ; à ce moment, le diaphragme s'élève jusqu'au niveau de la cinquième côte et s'abaisse jusqu'à la septième.

D'après Ziemssen, la circonférence de la moitié droite est plus grande que celle de la moitié gauche, jusqu'à l'âge de deux ans.

D'autres auteurs ont prétendu que la moitié droite du thorax était plus grande au-dessus du mamelon que la moitié gauche, tandis qu'au-dessous de l'équateur mammaire le contraire aurait lieu. La respiration change de type très-lentement de même que de forme.

Dans un second chapitre, l'auteur passe en revue les données séméiologiques fournies par l'*inspection*.

La seule inspection du thorax peut donner des indications précieuses sur l'état général et sur la constitution de l'enfant en même temps qu'elle révèle parfois ses tendances pathologiques.

C'est ainsi par exemple qu'une déformation des côtes permet de supposer une grande tendance aux catarrhes ou aux infiltrations chroniques des poumons. On sait en effet combien sont fréquentes les maladies des voies respiratoires chez les rachitiques.

L'état de nutrition du système musculaire vient aussi confirmer ces données. Plus les muscles du thorax sont développés, plus la fréquence des affections thoraciques est grande, et plus irrégulière est leur marche. Chez les nouveau-nés, la nutrition des muscles est subordonnée à celle du système osseux. Les enfants dont les muscles sont pâles et faibles sont facilement atteints de catarrhe

bronchique. C'est pour cela que les convalescents sont si souvent affectés de cette maladie. Quant au pannicule graisseux qui recouvre les parois thoraciques, il peut à son tour fournir quelques indications : Les enfants d'un embonpoint modéré, à musculature relativement assez forte, offrent une grande tendance aux catarrhes aigus des fosses nasales, de la trachée et des grosses bronches ; les enfants très-gras, à muscles faibles, dont la peau est pâle et comme bouffie, présentent en général une extrême vulnérabilité par rapport aux affections chroniques broncho-pulmonaires.

L'amaigrissement est aussi un symptôme important : en présence d'un tel phénomène, il faut se demander s'il a été lent ou rapide, spontané ou consécutif à une maladie. En général, toute affection aiguë ou chronique accompagnée de fièvre produit l'amaigrissement, il en est de même des catarrhes et des maladies du tube digestif. Chez les enfants, il n'est pas de maladie qui détermine un amaigrissement plus considérable et quelquefois plus rapide que la tuberculose.

Le Dr Monti termine son article de séméiotique par quelques considérations sur les signes fournis par l'état du tégument externe dans les maladies des organes thoraciques ; nous ne croyons devoir que les mentionner, car elles ne renferment aucun fait intéressant ni nouveau.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Ueber die Anwendung der antipyretischen Methoden bei fieberhaften Krankheiten der Kinder (De l'emploi de la méthode antipyrétique dans les maladies fébriles des enfants), par le Dr G. MAYER, d'Aix-la-Chapelle. (*Jahrb. f. Kinderkr., juill.* 1873, *pp.* 271-282.)

Au commencement de l'année 1870, l'auteur a déjà publié une étude sur la fièvre et sur le traitement antipyrétique (*Ueber das Fieber und die Warmeentziehende Behandlung;* Aachen, 1870), dont le mémoire actuel constitue un utile complément. Il a traité, dit-il, plus de 20 cas de fièvre thyphoïde de différente intensité, chez des enfants au-dessous de 14 ans, au moyen de bains froids, et il assure que cette nouvelle méthode thérapeutique préconisée déjà pour l'adulte par Liemmsen et Immermann, Liebermeister et Hagenbach, Riegel et Jürgenten, lui a toujours donné d'excellents résultats. Les deux plus jeunes malades n'étaient âgés que de 7 à 9 mois. Le procédé balnéothérapique mis en usage, consistait en bains entiers d'eau pure progressivement refroidie. Dans les cas où la température du corps était extrêmement élevée, celle du bain était graduellement abaissée par l'addition successive d'eau très-froide, de 25°-26° R. à 22°-21° et même jusqu'à 18°-17° R.— La durée des bains était de 10 à 14 minutes. Les mensurations thermo-

métriques étaient faites chez les malades toutes les trois heures et même jour et nuit dans les cas très-graves.

Chez les enfants au-dessous de 2 ou 3 ans, le thermomètre était placé dans le rectum, tandis que chez les sujets plus âgés on se contentait de la température axillaire.

A ce propos, l'auteur relève énergiquement l'opinion émise par le Dr Vogel (de Dorpat) dans son traité des maladies de l'enfance, qui considère la thermométrie comme absolument inutile chez les enfants; le Dr Mayer fait observer à cet égard que chez l'enfant de 9 mois, dont il est question précédemment, l'examen thermoscopique permit à lui seul d'établir un diagnostic certain. Il s'agissait dans ce cas d'une fièvre typhoïde.

Dans la forme catarrhale de la pneumonie des enfants, l'emploi des bains froids n'est pas nécessaire; il suffit, dit l'auteur, d'appliquer sur la poitrine des compresses trempées dans l'eau froide. Ce singulier mode de traitement recommandé par Bartels (*Virchow's Archiv*, Bd. XXI, p. 150. — 1861), par Ziemssen (*Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter;* Berlin 1862), par Steffen (*Klinik der Kinderkrankheiten*, I Bd., p. 353; Berlin, 1865) donnerait, au dire de Mayer, les meilleurs résultats. Car dans cette forme morbide, ajoute-t-il, ce n'est pas tant l'élévation thermique qui constitue le danger mais plutôt la dyspnée elle-même; or, l'application des compresses froides sur le dos la fait parfaitement disparaître et produit des inspirations plus faciles et plus profondes en même temps qu'elle contribue à l'abaissement thermique.

Malgré l'autorité des auteurs précédents et en dépit de leurs assertions, nous ne saurions nous défendre d'une certaine réserve à l'égard d'un pareil moyen thérapeutique. Mais suivons l'auteur dans son élogieux dithyrambe sur l'eau froide dans le traitement des maladies aiguës.

Dans la pneumonie croupale ou fibrineuse, il place les bains froids au premier rang parmi les agents habituellement employés. Pour lui cette méthode, en pareil cas, serait sans rivale. Jürgensen, il est vrai, a rapporté 110 cas de pneumonie croupale chez des enfants âgés de moins de 10 ans et traités par cette méthode, et sur ce nombre il ne signale que 4 décès, encore s'agissait-il, dans 3 de ces cas de pneumonies secondaires, et dans le quatrième la phlegmasie pulmonaire était compliquée de péricardite purulente. La conviction de ce dernier était si profonde et sa foi en l'hydrothérapie si vive, qu'il n'hésita pas à y recourir pour son propre enfant âgé de 19 mois, chez lequel la température s'était élevée jusqu'au-delà de 40°. Voyant que des bains à 16° ne suffisaient pas à faire tomber la fièvre, il ne craignit pas d'abaisser la température de l'eau du bain jusqu'à 5°-6° R.!

Le Dr Mayer abonde naturellement dans le sens du Dr Jürgensen et rapporte un cas emprunté à sa propre pratique : Il s'agissait

d'une pneumonie fibrineuse du côté gauche chez un enfant de 17 mois, faible et délicat, chez lequel la défervescence (de 40° à 37° C.) se produisit vers le 12e jour de la maladie après avoir oscillé jusque-là entre 39°9 et 41°3 C. Pendant les 11 premiers jours on administra 60 bains de 24° à 21°-19° R., chacun d'une durée de 10 à 15 minutes; les mensurations thermométriques furent faites toutes les trois heures, nuit et jour.

L'auteur réunit dans un tableau les différents chiffres thermiques observés depuis le 24 mars jusqu'au 5 avril. Au 7e jour, la température accusait une certaine tendance à décroître; l'auteur attribue à l'influence salutaire des bains, l'absence de complications cérébrales si fréquentes dans la pneumonie aiguë de l'enfance, ainsi que le professeur Steiner l'a récemment mis en lumière (*Die Ursachen der cerebralen Symptome bei der sogennanten Gehirnpneumonie der Kinder. — Jahr. für Kinderhrankh.* 2e Bd., p. 357. — 1869).

Ce traitement hydrothérapique paraît moins efficace dans la scarlatine puisque C. Pilz (*Mittheilungen über Behandlung der Scharlachfiebers und des nachfolgenden Hydrops unter Berücksichtigung der Thermometrie.—Jahrb. f. Kinderk.*, 3e Bd., p. 252. — 1870), a constaté 5 décès sur 12 cas graves; il est vrai, comme le fait observer le Dr Mayer, que la température des bains dont il faisait usage était de 25° C. et il explique de deux façons cet insuccès: 1° Par suite de complications graves et multiples (diphthérite, adénite ganglionnaire, néphrite) indépendantes de l'élévation thermique; 2° à cause de la grande opiniâtreté que manifeste la température fébrile dans cette maladie.

Quant à l'emploi de la quinine chez les enfants, l'auteur dit l'avoir administrée d'après la méthode de Liebermeister (*Ueber Behandlung des Fiebers. — Klinische Vorträge* n° 31, p. 355. Leipsig, 1871), c'est-à-dire à des doses beaucoup plus élevées que ne l'indiquent la plupart des auteurs (de 0,50 à 0,75 centigrammes chez les enfants de 6 ans, en 2 doses à prendre le soir à une heure d'intervalle). Le Dr Mayer, enhardi par les succès d'Hagenbach, a, dans certains cas de fièvre typhoïde, eu recours à des doses plus élevées et selon la formule suivante :

Sulfate de quinine.	3 gr.
Poudre de guimauve. . . .	0,5
Glycérine	0,5
M-f-s-a pilules n° 30.	

Il a même administré dans un cas douze de ces pilules par jour; mais en ayant soin de laisser reposer le malade le lendemain.

Tous les auteurs modernes s'accordent à reconnaître les avantages du vin et de l'alcool surtout après chaque bain. Le Dr Mayer a fait boire du vin de Bordeaux ou de Tokay à ses petits malades atteints de fièvre typhoïde ou de pneumonie et recommande cette

pratique. Il administra ainsi à une jeune fille de 9 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde assez grave, compliquée de névralgie frontale plus d'une demi-bouteille de Château-Laffite par jour.

Les récentes recherches de Cuny Bouvier sur l'action antithermique de l'alcool (*Pharmakologische Studien über den Alkohol*; Berlin 1872) viennent fournir un puissant appui à cette nouvelle méthode thérapeutique que l'on aurait autrefois qualifié d'incendiaire.

F. LABADIE-LAGRAVE.

TRAVAUX A CONSULTER.

On the treatment of empyema in children (Du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants), par le Dr W.-S. PLAYFAIR, professeur d'obstétrique au King's college. (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XIV*, 1873.)

Après avoir présenté quelques considérations générales sur la pleurésie purulente chez les enfants et sur la fréquence plus grande de cette maladie dans le jeune âge, l'auteur décrit un nouveau procédé de thoracentèse auquel il a eu recours dans ces derniers temps. L'appareil du Dr Playfair est fort simple : il se compose d'un drain et d'un tube en caoutchouc réunis bout à bout à l'aide d'un tube de verre. L'extrémité libre d'un tube en caoutchouc, dont la longueur est de six pieds environ, plonge dans un vase fermé et à moitié rempli d'eau ; l'extrémité libre du drain est destinée à être introduite dans la cavité pleurale.

Voici comment l'auteur expose le mode d'emploi de son appareil :

Lorsqu'on croit avoir affaire à un empyème, on fait d'abord une ponction explorative à l'aide d'un fin trocart pour s'assurer que le liquide est purulent. Et pour ce faire, l'instrument le plus simple et le plus commode est une seringue à injections hypodermiques. La présence du pus étant reconnue, on pratique la thoracentèse avec un trocart ordinaire dont la canule doit avoir un calibre suffisant pour permettre son adaptation avec l'extrémité libre du drain de l'appareil.

Dès que le pus s'écoule librement par la canule, on introduit le drain dans la cavité pleurale, le long de la canule que l'on retire ensuite avec précaution ; alors un aide pince le drain à sa sortie de la poitrine pour empêcher l'écoulement du pus, jusqu'à ce que l'autre extrémité soit fixée au tube de verre. Le pus peut alors s'écouler dans le flacon au fond duquel plonge le tube en caoutchouc. On fixe le drain contre la poitrine en passant autour de lui un fil métallique résistant en forme de 8 de chiffre, maintenu solidement par des bandes.

La seule voie par laquelle l'air puisse s'introduire, ajoute Playfair, est le pourtour du tube au niveau de la paroi thoracique, mais il y a peu de chance pour que cela arrive, et je ne l'ai pas vu dans les trois cas que j'ai

traités par cette méthode; on serait doublement sûr d'éviter un pareil accident, en faisant la ponction à travers une couche de ouate chloralée qu'on pourrait laisser autour du point ponctionné.

Il ne nous appartient pas de juger l'appareil de Playfair qui ressemble beaucoup, à quelques imperfections près, à celui du Dr Potain et à la plupart des appareils à siphon imaginés en France dans ces derniers temps. Voyons seulement les résultats qu'il a donnés dans les mains de son inventeur :

Le Dr Playfair rapporte trois observations de pleurésie purulente chez des enfants, traitées par cette méthode ; deux d'entre elles sont empruntées à la pratique du Dr Hilton-Fagge; les trois cas ont été soignés à *Evelina Hospital for Sick Children*. Tous les trois ont guéri très-promptement, l'un en 7 jours, l'autre en 13, le dernier enfin au bout d'un mois.

En résumé, sans souscrire complétement aux éloges que le Dr Playfair fait de sa méthode, il serait injuste d'en méconnaître les avantages, à savoir : 1° l'écoulement continu du pus ; 2° la non-pénétration de l'air dans la cavité pleurale ; 3° la possibilité de faire des injections détersives et antiseptiques. Ces avantages compensent-ils les inconvénients de toute canule à demeure, l'impossibilité de donner issue aux fausses membranes, la crainte des fistules thoraciques et d'autres accidents plus redoutables?

Tels sont les points à résoudre avant de se prononcer définitivement sur la valeur de cette méthode renouvelée des Français.

LABADIE-LAGRAVE.

Remarks on the most common forms of cutaneous diseases in children, par le Dr J. LEE. (*St-George's Hospital Reports, vol. VI*, 1871-2, *p.* 67.)

Vogel a été trop loin en affirmant, d'une façon générale, que les éruptions cutanées revêtent les mêmes formes dans l'enfance et dans l'âge adulte. La doctrine étiologique du professeur Hardy, de Saint-Louis, constitue certainement un progrès considérable, mais il existe, chez les enfants, des lésions de la peau qui ne sauraient trouver place dans la classification du médecin français. Dans les grands hôpitaux anglais, les affections qu'on appelle *eczéma* et *impétigo*, surtout l'impétigo de la tête, sont les dermatoses le plus fréquemment observées chez les jeunes sujets. Que la diathèse dartreuse puisse être mise en cause dans ces cas-là, c'est ce qui arrive dix fois sur cent, et les quatre-vingt-dix cas restants, outre qu'ils n'offrent point les caractères assignés par le professeur Hardy aux lésions de nature herpétique, se séparent encore de celles-ci par les propriétés contagieuses de l'écoulement. Cette contagiosité ne permet pas non plus de les classer parmi les dermatoses *accidentelles*, et l'absence de cicatrices consécutives interdit également de les rapporter à la scrofule. Selon l'auteur, il est extrêmement rare d'observer une véritable scrofulide sur un enfant. Aux noms d'eczéma et d'impétigo représentant, l'un et l'autre, des affections herpétiques, il convient donc, dans l'espèce, de substituer ceux de dermatite dartreuse, applicable au

plus petit nombre des cas, et de dermatite simple aiguë, dermatite ecthymateuse (à cause de la fréquente coïncidence de pustules d'ecthyma disséminées sur divers points du corps) qui représentera les cas les plus ordinaires.

Une conjonctivite pareillement transmissible par contagion survient assez souvent chez les enfants atteints de dermatite simple aiguë de la tête ou de la face, particulièrement quand l'activité de la dermatite paraît diminuer. Les produits inflammatoires, soit de la peau, soit de la conjonctive, provoqueront la même forme d'inflammation chez les sujets sains, avec cette différence que, pour la conjonctivite, le moindre attouchement suffit, tandis que la peau ne saurait être affectée si elle est parfaitement saine.

La dermatite simple aiguë est généralement accompagnée d'une tendance au rachitisme.

Inutile d'insister sur le caractère non syphilitique de cette affection.

De ce qui précède résultent d'importantes conséquences thérapeutiques. Un traitement spécial interne est nécessaire dans le cas d'herpétisme ; toutefois il est douteux que l'arsenic, d'ailleurs si utile, agisse alors comme un spécifique; on tire souvent les mêmes avantages du fer et de l'huile de foie de morue employés concurremment avec des topiques légèrement stimulants. Quant à la dermatite simple, beaucoup plus aisée à guérir, elle n'est point influencée par les préparations arsenicales ; on évitera de la traiter par des topiques mercuriaux; la chaleur et l'humidité (cataplasmes, lotions d'une demi-heure avec de l'eau chaude), l'huile de foie de morue, les toniques suffisent à le faire disparaître. Ajoutons-y des applications faites avec douceur et sans arracher les croûtes, d'un mélange à parties égales d'huile d'olive et de soufre précipité, remède que Bowles (de Folkestone) avait déjà employé contre la conjonctivite.

P. GINGEOT.

Zur Ætiologie der Darmdefecte und der Atresia ani (Étiologie des vices de conformation de l'intestin et de l'atrésie de l'anus), par AHLFELD. (*Archiv f. Gynaekologie, t. V, fascicule* 2, *Berlin,* 1873.)

On trouve dans ce mémoire l'observation détaillée, avec planche explicative, d'un cas de malformation intestinale fort intéressant et destiné à jeter quelque clarté dans cette question d'étiologie si obscure.

A ce sujet, l'auteur insiste sur la relation existant entre le défaut de développement de certaines portions de l'intestin d'une part et l'ectopie des viscères abdominaux de l'autre.

Cette dernière malformation serait primitive et due à des causes parfaitement connues aujourd'hui ; elle entraînerait consécutivement l'imperforation de l'anus.

Le fait observé par l'auteur confirmerait complétememt cette manière de voir.

L. E. DUPUY.

Delle ernie congenite del capo (Des hernies congénitales de la tête), mémoire du Dr C. TARUFFI, avec 1 pl. ornée de 13 figures. (*Rivista clinica, de Bologne* 1873, *fasc.* 3e, 4e, 8e *et* 9, *pp.* 68, 101 *et* 225.)

Voici, d'après l'auteur, les conclusions de cet important travail :

1° Les hernies congénitales de la tête se montrent aussi bien chez des fœtus dont les os de la voûte du crâne ont subi un développement relativement complet, que chez ceux dont la voûte crânienne est restée en grande partie membraneuse (hémicrânie), elles peuvent encore se rencontrer chez des fœtus dont le crâne, bien que complet, est resté pourtant petit et écrasé (microcéphalie avec hernie).

2° Dans tous les cas mentionnés le siége de la hernie a lieu aussi bien dans les fontanelles et entre les sutures qu'à travers les os de la voûte ou de la base, mais bien plus souvent sur la ligne médiane de la tête et spécialement à travers l'occipital.

3° La fréquence des hernies occipitales dépend ou de la position ordinaire des fœtus dans l'utérus ou du point correspondant à la cause distensive intracrânienne.

4° Les hernies dans les crânes complets sont constituées tantôt par la seule protusion des méninges, et tantôt par la sortie du cerveau, qui dans la majorité des cas est hydropique. Les hernies dans l'hémicrânie sont formées seulement par le cerveau, qui est rarement hydropique.

5° Les hernies méningées sont formées par une collection séreuse dans la dure-mère. Il est probable, pourtant, que quelques-unes ont pour origine une hydropisie circonscrite sous-arachnoïdienne, ce qui se trouve démontré dans les cas de rupture d'un ventricule hydropique.

6° Les hernies purement cérébrales (sans hydropisie ventriculaire) ont une étiologie souvent obscure; il existe pourtant certains cas dans lesquels on a reconnu ou une anomalie dans la forme du cerveau (hypertrophie générale ou partielle, ou une difformité cérébrale) ou une synostose entre les parois du sphénoïde, ou des brides amniotiques. A l'encéphalocèle on voit parfois s'associer la méningocèle, qui peut être considérée comme un effet de l'emprisonnement du sac herniaire.

7° Les hernies avec hydropisie des ventricules reconnaissent pour cause l'hydropisie même des ventricules, qui peut être aussi bien générale que partielle. L'hydropisie générale donne lieu à un hydroencéphalocèle et non point à une macrocéphalie, lorsque les os ne s'écartent pas et ne s'amincissent pas en raison de l'augmentation de volume du cerveau. L'hydroencéphalocèle peut être compliqué d'une méningocèle.

BARÉTY.

Ueber die Lungenmycose beim Keuchhusten, nebst Angabe einer Methode zur Heilung der letzteren (De la mycose pulmonaire dans la coqueluche et de ses conséquences pour le traitement), par L. LETZERICH. (*Virchow's arch.*, 1873, *LVII.*)

L'auteur croit que la coqueluche est produite par des champignons développés sur les amygdales, dans la gorge, et la partie supérieure du

larynx ; cependant les preuves qu'il donne à l'appui de son opinion ne sont pas absolument convaincantes.

L'auteur a remarqué dans une épidémie de coqueluche l'influence remarquablement satisfaisante de la quinine. Sous l'influence de ce médicament les accès perdent de leur violence et de leur fréquence ; de plus la durée de la maladie est abrégée. Cependant un grave inconvénient de la quinine, et qui oblige assez souvent à en suspendre l'emploi, c'est l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur le tube digestif.

Pour éviter cet effet, dans trois cas Letzevich a porté directement le médicament sur la muqueuse laryngée à l'aide d'un insufflateur ; les résultats curatifs ont été excellents. H. CH.

Syphilis et rachitis des nouveau-nés, par M. PARROT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, tome VIII*, 1873, *p.* 392.)

Nous avons déjà signalé les travaux de M. Parrot sur la syphilis osseuse des enfants nouveau-nés (*R. des Sc. méd.* t. I, p. 232, et t. II, p. 254). Cependant nous ne croyons pas hors de propos de donner un résumé du travail actuel dans lequel M. Parrot fait une étude comparative complète de cette affection et du rachitis.

Trois choses, dit-il, constituent le rachitis dans sa période de croissance : 1° la décalcification, 2° la formation de tissu spongoïde, 3° la médullisation.

Chez les enfants du premier âge atteints de syphilis héréditaire il y a des lésions spécifiques ayant leurs marques propres et qui varient.

1° *Période*, très-caractérisée chez les enfants de 1 jour à 6 semaines.

L'on note *A*) une exubérance de la calcification aux extrémités des os longs avec une zone chondrocalcaire et des ostéophytes péridiaphysaires.

B) une dégénération gélatiniforme des tissus préformés : os plus denses et plus durs. Le décollement des épiphyses que l'on constate n'a rien de commun avec le rachitis.

2° *Période* (de six semaines à plusieurs mois).

A) Les os conservent les caractères sus-mentionnés.

B) L'on observe une médullisation et une décalcification qui portent sur l'os et sur les ostéophytes. A cette période les ressemblances avec le rachitis sont plus marquées.

Rachitis.	*Syphilis.*
Tissu spongoïde.	Pas de tissu spongoïde.
Couches spongoïdes périphériques.	Couches d'ostéophytes osseuses.
Augmentation du diamètre beaucoup moins considérable par tissu spongoïde.	Augmentation du diamètre par ces mêmes couches.
Médullisation et décalcification considérables.	Médullisation et décalcification à peine marquées.
Jamais de dégénération gélatiniforme.	Dégénération gélatiniforme pouvant amener le décollement des épiphyses

3° *Période*. Tableau du diagnostic différentiel.

Rachitis.	*Syphilis.*
Pas de couches ostéophytiques.	Couches ostéophytiques; lacs médullaires entre elles.
Augmentation de diamètre par tissu spongoïde seulement.	Augmentation de diamètre par couches ostéophytiques et par tissu spongoïde.
Os flexibles.	

Mais comme le fait remarquer M. Parrot, il peut arriver un moment où les deux maladies se confondent, s'absorbent pour ainsi dire. Il y a alors une sorte d'*hybridité* pathologique. « La syphilis a appelé en quelque sorte le rachitisme qui d'abord s'est combiné avec elle, puis l'a peu à peu absorbée à son profit. »

H. CHOUPPE.

Observations diverses.

Aphasie und Ataxie nach Typhus bei einem 5 jährigen Kinde, psychische Alteration, Heilung (Aphasie et Ataxie à la suite d'une affection typhoïde chez un enfant de 5 ans; troubles intellectuels, guérison), par FEITH. (*Allg. Zeitschrift für Psychiatrie,* 30 *Band,* 2 *Heft.*)

Un enfant, dont la santé avait toujours été bonne, le développement intellectuel et physique régulier, est atteint, au commencement de novembre 1871, de symptômes typhoïdes graves; malgré l'emploi de bains froids, la température dépasse 39°; du 8e au 14e jour, le thermomètre se maintient entre 39°,8 et 40°,3. Au commencement de la deuxième semaine, on voit apparaître de la stupeur, de la dureté de l'ouïe, des selles involontaires avec de la diarrhée qui persiste jusqu'à la convalescence; les lèvres s'agitent sans pouvoir articuler un mot; du catarrhe pulmonaire se développe d'abord et plus tard une pneumonie du lobe inférieur gauche; il y a un gonflement considérable de la rate, de la faiblesse générale très-marquée. A la fin de la troisième semaine, tous les symptômes s'amendent, la fièvre diminue, la pneumonie guérit; l'expression de la physionomie devient naturelle, le sommeil tranquille et l'enfant est attentif aux questions qu'on lui pose, mais il témoigne seulement par des mouvements affirmatifs ou négatifs de la tête qu'il comprend. Le 9 décembre, il peut quitter le lit et prononce d'une façon très-distincte le mot *Ia*, mais nul autre; invité à épeler les mots les plus faciles, il remue les lèvres et fait des efforts inutiles; il est triste, maussade, repousse ses jouets habituels, pleure facilement, s'agite le soir et paraît inquiet.

Aucun phénomène paralytique ne se laisse apercevoir: les pupilles sont égales, la luette normale, la langue ferme se porte aisément dans toutes les directions, la déglutition est régulière, la sensibilité conservée; la marche, saccadée et pénible, rappelle celle des ataxiques. Cet état persiste sans changement notable pendant trois semaines, malgré un régime tonique. A la fin de décembre, l'attention du malade s'éveille; ses accès d'agitation et d'anxiété, revenant tous les soirs, disparaissent; ses forces se relèvent; sa marche est plus assurée; et, pour la première fois, il répond un matin par un *bonjour* bien accentué à l'appel de sa mère; chaque jour son vocabulaire s'augmente de quelques mots, et très-rapidement il est capable de parler de tout et sur tout comme par le passé; il y eut même comme une phase transitoire de légère excitation pendant 14 jours; bientôt la guérison parut définitive et complète.

A propos de cette observation, Feith mentionne les phénomènes ataxiques notés par Westphal, à la suite de la variole (*Berl. klin. Wochens.*, 1872, nº 2), et par Ebstein après une affection typhoïde (*Deutsch. Archiv. für klin. Mediz.*, IX Band). B.

Enteric fever associated with aphasia (Fièvre typhoïde accompagnée d'aphasie par HANDFIELD JONES. (*Med. Times and Gaz.*, 19 *juillet* 1873, *p.* 64.)

L.-K. S., 14 ans, admis le 5 avril 1873. Souffre depuis 2 ou 3 semaines d'un froid violent et de perte de l'appétit; il a eu la diarrhée, il est amaigri et tousse un peu. La température est à 113°, les mains et les pieds sont froids. Pouls 110; température, un peu plus tard, 103, 4. Quelques taches typhoïdes sur l'abdomen. Langue sèche au milieu, abdomen météorisé.

6 avril. — Température 104,6, pouls 108. Beaucoup de diarrhée à laquelle on oppose l'opium.

Pendant les 11 jours suivants rien de notable. La température a varié de 103,8 à 100. Un peu de délire, un peu de diarrhée.

Le 14, l'urine ne contient pas d'albumine, mais donne un précipité notable avec la teinture de Galle. 17. — Température 102,2, pouls 108; langue propre, intestins libres, mais sans diarrhée.

La résonnance des poumons est bonne, mais la respiration est difficile et il y a des râles muqueux en arrière des deux côtés.

La garde assure que depuis plus d'une semaine le malade ne parle pas; il fait des signes et prononce des monosyllabes comme « ab, » mais il lui est impossible d'articuler un seul mot.

18. — La nuit dernière il s'est agité, appelant à plusieurs reprises son père et sa mère; aujourd'hui il ne parle plus. Température 97,7, pouls 96, 21. — L'aphasie continue. mais il a sa connaissance. Température 98,6, pouls 90. Cette nuit il appelle « papa et maman. » 22. — Pouls 84, température 97,8. Pupilles dilatées se contractant à la lumière. Pas de paralysie des membres. 28. — Urine pâle, alcaline, avec sédiment blanc de phosphates; pouls plus distinct. Il commence à articuler quelques sons, mais sa voix est encore imparfaite. Une papule rouge apparaît au sacrum. 29. — Il parle plus intelligiblement; il est couvert de taches et de plaques érythémateuses. 1er mai. — Il parle bien maintenant; l'éruption s'est accrue et est très-étendue, elle est plus marquée sur le dos du pied où elle a l'apparence de la rougeole. Une escarre s'est formée sur le trochanter droit. 5.— Mieux notable. L'éruption a disparu. 12. -- Tout à fait convalescent, mais ne peut encore se tenir levé. Il sort guéri en juin.

Le désordre de la parole parut venir, sinon d'une paralysie fonctionnelle, du moins d'une lésion manifeste du tissu encéphalique ou d'une embolie, qui reste permanente et incurable. E. LANCEREAUX.

Case of encephalocele, by W.-Scotl. HILL. (*The American Journ. of the med. sc.*, *oct.* 1873, *p.* 573.)

Il s'agit d'un enfant mâle, bien développé, sur lequel on observa peu de jours après la naissance un nævus cutané au niveau de la fontanelle antérieure.

Pendant la deuxième semaine, il se développa, au-dessous du nævus, une petite tumeur du volume d'un pois.

A la quatrième semaine, cette tumeur avait rapidement augmenté de vo-

lume; elle était conique; sa base, circulaire, avait trois quarts de pouce de diamètre; le relief avait la même dimension. — Battements isochrones au pouls. — Augmentation de volume pendant l'effort. — Réductibilité avec phénomènes légers de compression. — On exerça une compression réglée à l'aide d'une lame de plomb recouverte de peau de chamois et fixée par un emplâtre agglutinatif.—A la fin de la première année, la fontanelle était oblitérée; les parties molles extra-crâniennes, un peu épaissies, n'étaient le siége d'aucune pulsation ; tout symptôme d'encéphalocèle avait disparu. Il ne restait plus que le nævus.

L'enfant, revu à l'âge de 22 mois, avait toute l'intelligence et l'activité propres à son âge. CH. PERIER.

Anatomischer Befund bei spinaler Kinderlähmung (Lésions anatomiques trouvées dans un cas de paralysie spinale de l'enfance), par le prof. M. ROTH, de Bâle. (*Arch. für path. Anat. und Phys., LVIII, liv.* 2.)

Il s'agit d'un enfant de 2 ans qui, en février 1872, fut frappé de paralysie spinale, et qui succomba en janvier 1873 à une diphthérite tonsillaire.

L'autopsie, complétée par l'examen histologique, a montré que la paralysie était le résultat d'une myélite interstitielle du segment lombaire, localisée dans les cornes antérieures. Sur certains points le processus s'irradiait vers les cornes postérieures, les cordons antérieurs et latéraux. Le foyer myélitique était un peu plus étendu à droite qu'à gauche. Au microscope, les parties malades se reconnaissaient par l'existence de corpuscules granuleux engagés en partie dans l'adventice des vaisseaux, en partie disséminés dans le tissu. Entre les corps granuleux se trouvait un réseau de fibrilles de tissu conjonctif, mélangés d'éléments nerveux. Les racines antérieures en rapport avec les cornes altérées se trouvaient atrophiées.

A. KELSCH.

Case of fatty or chylous urine (Cas d'urine grasse ou chyleuse), par T.-G. AMYOT. (*Med. Times and Gaz.,* 19 *juillet* 1873, *p.* 6.)

R. W..., âgé de 6 ans, enfant très-intelligent, a eu une bronchite à la fin de janvier et au commencement de février ; il en revint très-vite, de manière qu'au commencement d'avril il était entièrement rétabli. Le 9 de ce mois, après une fatigue, après avoir pris froid, il se plaint d'une grande lassitude, de froid, même de douleur dans l'épaule gauche. Le 14, douleur dans l'hypochondre gauche, perte de l'appétit et difficulté de respirer. Il avait alors un peu de toux; on trouve à la percussion de la matité dans tout le côté droit, absence du murmure respiratoire en arrière et en haut du poumon, et un peu seulement sous les clavicules. Pas de râle. Langue blanche et humide, matières fécales bien colorées ; pas de fièvre. Température, 104° Fahr. Pouls, 136.

La douleur de l'hypochondre avait cédé à des applications locales. On examine l'urine; elle ressemble à du lait, et la nourrice assure qu'elle était de même pendant la maladie de janvier. Le médecin (Thomas Amyot) fait uriner l'enfant en sa présence et examine l'urine chimiquement ; elle est trouble et laiteuse, sans odeur, sans dépôt, à réaction acide. Après filtration, aucun acide n'agit sur elle de quelque manière, pas plus que l'acide acétique, ni l'ammoniaque, ni la potasse. Elle ne se coagule pas, mais elle tient en suspension une grande quantité de graisse et laisse voir en effet sous le microscope des

globules graisseux, semblables à des globules de lait. Il y a en outre de petits corpuscules d'une ténuité extrême qu'on ne voit plus après ce premier examen. Ces globules possèdent des mouvements propres. Le matin suivant, l'urine est couverte d'une crème rose à sa surface.

Sous l'influence de quelques petites doses de calomel et de poudre antimoniale, l'enfant se rétablit et les urines ne présentent plus le même aspect ; il y a seulement un peu d'urate avec des amas d'épithélium.

E. LANCEREAUX.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

A practical manual of the diseases of children with a formulary (Manuel pratique des maladies des enfants), par Edward Ellis. — 2e édition. (*Philadelphie.*)

Esssays on diseases of children, par William Henry Day. (Londres, J. et A. Churchill. — in-12, 190 p.)

Compendium der Kinderkrankheiten (Compendium des maladies d'enfants), par J. Steiner. Leipsig.

Organisation de l'éducation physique des enfants du premier âge, par le Dr A Bertrand, in-8o. (Paris, Ad. Delahaye.)

Free parks and Camping-grounds or sanitariums for sick and debilitated children during summer months (La vie dans les parcs et sous la tente pendant les mois d'été, pour les enfants débiles), par J.-M. Toner. (*Northwestern med. and surg. Journal*).

Statistics of stillbirths (Statistique des enfants mort-nés), par le Dr F.-W. Lowndes. (*Trans. of the obstet. soc. of London*, p. 283, 303, vol. XIV.)

Physical condition of children employed in texile manufactures (Conditions physiques des enfants employés dans les filatures). (*The Practitioner*, nov.)

Studi sulla difterite (Études sur la diphthérite). Rapport du Dr G. Farælli à la section de médecine théorico-pratique de la Société médico-physique de Florence, 1873. (*Rivista di med., di chir., di terap.*, 30 mars, fasc. 6e.)

Die Diphtheritis in Siebenbrügen, speziell in Agnetheln (La diphthérie en Transylvanie et en particulier à Agnetheln, — description d'une épidémie d'angine diphthéritique, — statistique, — traitement), par le Dr Binder. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 770.)

Die Schlunddiphtherie (Diphthérie pharyngée), par le Dr Wertheimber, Munich.)

Du traitement des bubons diphthéritiques par le Dr Bouchut, prof. agrégé de la Faculté de médecine. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXV, p. 289.)

Du traitement du croup, par E.-J. Bonsdorff. (*Nordiskt med. Arkiv.* t. V,

3e part., n° 20.) Tartre stibié à dose fractionnées et cautérisations énergiques au nitrate d'argent. — L'auteur n'a jamais pratiqué la trachéotomie, et il accuse 70 succès sur 70 cas.

De la paralysie dite diphthérique et de la diphthérie dite maligne, par M. J. Quissac, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. (*Montpell. méd.*, sept., p. 236.)

Zur Behandlung der Diphtheritis (traitement de la diphthérie), par F. Küchenmeister (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, n° 8, 21 fév.)

Die äusserliche Anwendung der Iodtinktur bei beginnendem Croup (De l'action topique de la teinture d'iode sur le croup au début), par le Dr Weiss. (*Memorabilien*, 5e fascic., Heilbronn.)

Papillomatöse Neubildungim Kehlkopf eines zweieinhalbjährigen Knaben, Tracheotomie, Thyreotomie (Papillome du larynx chez un enfant de deux ans et demi; trachéotomie, laryngotomie thyroïdienne, extirpation de la tumeur, persistance du rétrécissement du larynx), par O. Beschomer, de Dresde. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, II, n° 445, p. 462-472, juin.)

Lithotritie, complications rénales; dipthérie chez un enfant de 5 ans, par M. Dransart. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, p. 368.)

Invagination intestinale chez un enfant de 4 mois, par le Dr Niderkorn. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, 1873, p. 440.)

Two cases of intussucception in children (Deux cas d'invagination intestinale chez des enfants), J.-O. Affleck. (*Edinburg med. Journal*, sept., p. 238.)

Deux observations d'imperforation de l'anus, par de Saint-Germain. (*Soc. de méd. de Paris; Gaz. des hôpitaux*, 868.)

Infant diet, par A. Jacobi. (New-York.)

Lésions de nutrition chez un enfant nouveau-né, par le Dr H. Liouville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, 1873, p. 380 et 428.)

Ueber Behandlung der Bulimie mit Codein (Du traitement de la boulimie par la codéine), par le Dr H. Emminghaus. (*Jarb. für Kinderkrankheiten*, juillet, p. 330-335.)

Cirrhosis of the liver in a child (Cirrhose du foie chez un enfant de 7 ans), par le Dr A.-W. Foot, Soc. path. de Dublin. (*The Dublin Journal*, octobre.)

Du choléra infantile, par J.-H. Nowlin. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

Pathological dentition (Des accidents de la dentition), par James W. White. (*Philadelphia medical Times*, 25 oct., t. IV, p. 52.)

Eclampsie bedingt durch Urämie in Folge von schwerer Dentition (Eclamp-

sie produite par l'urémie à la suite d'une dentition difficile), par le Dr Ludwig Gajasy, de Szegzard (Hongrie). (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nº 15.)

Ein Fall von Sclerodermia neo-natorum (Un cas de sclérodermie des nouveau-nés), par le Dr R. Weickert, de Leipzig. (*Jarb. für Kinderkrankh.* nº de juillet, p. 328-330.)

Kleiner Beitrag zur Behandlung und geschichte schwerer Fälle des Pemphigus neo-natorum idiopathicus (Quelques mots sur l'histoire et le traitement des formes graves du pemphigus idiopathique des nouveau-nés), par le Dr C. Mettenheimer. (*Jahrb. für Kinderkrankh.*, p. 325, juillet.)

Caso di ranula sanguigna in una bimba di sette mesi (Cas de grenouillette sanguine chez une petite fille de 7 mois), par le Dr Perassi. (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, nº 11 ; *Rivista di med., di chir.e di terap.*, 31 mai, fasc. 10e.)

Di un voluminoso ematoma congenito al collo in un bambino. Spaccatura del tumore. Guarigione (Hématome volumineux congénital siégeant sur le cou d'un enfant. Rupture de la tumeur. Guérison), par le Dr L. Monti. (*Bullettino delle sc. med.*, de Bologne, avril, p. 250.)

Zur Casuistik der Lipome (Observations de lipome, probablement congénital, du dos du pied chez un enfant de six ans), par le Dr Closset. (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, II, nº 6, p. 553-555, 25 juillet.)

Trismus des nouveau-nés traité avec succès par le chloral, par G. Troup Maxwell. (*Philad. med. Times*, mai.)

Zur Casuistik der sog Gehirnpneumonien der Kinder (Sur la pneumonie à forme cérébrale chez les enfants), par le Dr Reisland, médecin à Wurzen, Saxe. (*Memorabilien*, 9e fasc., Heilbronn.)

Enfant de 17 mois, né d'une mère tuberculeuse et atteint lui-même de tuberculose généralisée (pneumonie caséeuse et granulations tuberculeuses. Tubercules de la rate, des reins, des intestins, des ganglions. Épanchement purulent pleural droit consécutif à une caverne ulcérée dans la plèvre, par le Dr H. Liouville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, XLVIIIe année, 1873, p. 405.)

Ueber Keuchhusten (de la coqueluche), par Nüscheler. (*Schweiz Cor. Bl.*, p. 214.)

Zur Pathologie u. Therapie des Keuchhustens (Pathologie et traitement de la coqueluche), par Rudolf Meyer. (*Schweiz Cor. Bl.*, 8.)

Petroleum ein Mittel gegen Keuchhusten (Le pétrole contre la coqueluche), par le Dr Weiss, de Minden. (*Berlin. klin. Wochens*, nº 20.)

Ueber ein eigenthumliches Verhältniss des Herzschlages zur Respiration als Golge Einer endocartitis (Sur un rapport particulier du choc du cœur avec la respiration, à la suite d'une endocardite), par le Dr C. Mettenheimer. (*Jahrb. für Kinderkrankheiten*, juillet, p. 319.)

Dislocation of the head of the femur on the dorsum Ilii in a boy aged 6

(Luxation iliaque du fémur chez un petit garçon de six ans), *Guy's Hospital*, par Bryant. (*Med. Times and Gaz.*, 1 nov., II, p. 496.)

Dislocation of the femur on the dorsum Ilii in a boy aged 14. Réduction (Luxation du fémur dans la fosse iliaque chez un garçon de quatorze ans. Réduction), *Guy's Hospital*, par Bryant. (*Med. Times and Gaz.*, 1er nov., II, p. 496.)

Dislocation of right femur into foramen ovale in a girl aged 14. Reduction by manipulation (Luxation du fémur droit dans le trou ovale chez une jeune fille de quatorze ans. Réduction par la flexion), *Guy's Hospital*, par Bryant. (*Med. Times and Gaz.*, 1er nov., II, p. 496.)

Ueber Harnverhaltung bei Kindern (De la rétention d'urine chez les enfants), par J. Englisch. (*Mittheil. d. arztl. Ver., in Wien.*, 14.)

Ueber polypenartige Auswüchse an der Aarnröhre kleiner Mädchen (Des excroissances polypeuses de l'urèthre, chez les petites filles), par le Dr Mettenheimer. (*Jahrb. für Kinderkrankheiten*, juillet, p. 323.)

De l'anasarque essentielle, chez les enfants, par M. Bouchut. (*Gaz. Hop.*, nº 105.

Ueber Hamaturie und Albuminurie bei älteren Kindern als Folge von Nierengries (Sur l'hématurie et l'albuminurie chez les nouveau-nés, à la suite de la lithiase rénale), par le Dr Kjellberg, de Stockolm. (*Œster. Jahrb. für Pædiatrik.*, I Bd., p. 49-62.)

Ueber Nierenconcremente im Kindlichen Alter (Des calculs rénaux chez les enfants), par le Dr Seligsohn. (*Soc. méd. de Berlin, séance du* 28 *mai ; Berlin. Klin. Wöchen.*, nº 35.)

Calcul vésical volumineux chez un jeune garçon, taille bilatérale, guérison ; par le Dr Higguet. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liége*, septembre, p. 361.)

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

ANALYSES.

Der III. internationale medizinische Kongress. — Prophylaxis der Syphilis mit Beziehung die Regelung der Prostitution (Le troisième congrès médical international. — Prophylaxie de la syphilis et réglementation de la prostitution. (*Wiener medizinische Presse*, 1873, *nos* 31 *et* 38.)

Le deuxième point porté au programme des travaux du congrès de Vienne comprenait : *la prophylaxie de la syphilis et la régle-*

mentation de la prostitution. — L'assemblée, après discussion, adopta à une grande majorité les trois propositions suivantes :

1° L'autorité est chargée de veiller à ce que la syphilis ne se propage pas ; à cet effet, elle devra exercer la surveillance de la prostitution.

2° Les précautions à prendre contre la maladie, le traitement médical de celle-ci sont réglés par l'autorité, qui se charge des frais, lorsque cela est nécessaire.

3° Le gouvernement instituera dans toutes les Facultés des cliniques spécialement affectées aux maladies syphilitiques. Tous les médecins, avant de recevoir le droit de pratiquer, devront avoir été examinés sur la syphilis.

Ces propositions sont un résumé des conclusions du comité chargé de présenter le rapport sur lequel devait rouler la discussion au sujet de la prophylaxie de la syphilis. (Les membres du comité étaient Sigmund, Zeissl, Rœder.) — Le rapport recommandait en outre : la surveillance médicale des nourrices et nourrissons, des vaccinations, de certaines professions suspectes, telles que verriers, émailleurs, instrumentistes, ouvriers employés à la fabrication des cigares, de la circoncision rituelle ; la révision de tous les syphilitiques ayant été mis en traitement, un contrôle rigoureux exercé au point de vue de la syphilis dans tous les corps organisés dont les membres ne sont pas autorisés à se marier ou n'obtiennent cette autorisation que difficilement, et dans toutes les associations ouvrières où les individus des deux sexes se trouvent fréquemment en rapport.

Pour arriver à ces résultats, le rapport proposait d'instituer des conférences périodiques internationales pour reviser tout ce qui concerne la syphilis et les lois ou règlements régissant la prostitution ; et de nommer dans chaque Etat un comité d'études chargé de soumettre ses travaux au prochain congrès international.

Les professeurs Warlomont et Crocq (tous deux de Bruxelles) donnèrent, dans le cours de la discussion qui précéda l'adoption du rapport, des détails intéressants sur l'organisation belge au sujet de la prophylaxie de la syphilis. En Belgique, les autorités communales combinent leur action à celle du gouvernement pour tâcher d'éteindre la maladie spécifique; les mesures prises à Bruxelles même, depuis 1865, ont déjà fourni des résultats excellents ; ainsi sur 1,000 malades on n'y observe plus que 15 à 20 cas de chancres. A Anvers, au contraire, qui est une ville de garnison et un centre très-populeux, on compte 50 syphilitiques sur 1,000 malades. Le professeur O. Hjelt (d'Helsingfors) a donné sur le même sujet des détails fort intéressants concernant la Finlande; d'après l'orateur, ce pays serait le seul qui depuis 25 ans accorde les soins médicaux gratuits à tout individu affecté de maladie vénérienne. Dans les grandes villes, les prostituées sont soumises à une sur-

veillance très-sévère ; de plus, les matelots arrivant de pays étrangers subissent une inspection minutieuse à leur arrivée et l'on est en droit d'exiger de chacun d'eux un certificat constatant son état de santé. Malgré ces sages mesures, la syphilis a pris depuis quelques années une marche envahissante ; le gouvernement s'est ému et l'orateur a entrepris à ce sujet des études statistiques qu'il vient soumettre à l'appréciation du congrès. Ses recherches ont porté sur 45,613 individus admis depuis 12 ans dans les divers hôpitaux. En 1859, 2,881 cas y ont été soignés ; en 1870, 6,610 — sur une population totale de 1,700,000 hommes. En 1859, 684 cas de manifestations primaires de la syphilis furent admis dans les divers hôpitaux ; ce nombre fut porté à 1,258 pour l'année 1870. On admit, en 1859, 1,725 cas de syphilis constitutionnelle ; en 1870, 4,223. En moyenne, pour ces 12 années, on traita dans les hôpitaux 2,27 pour 1,000 de maladies vénériennes. Dans certains districts cette moyenne atteignit 4 à 5 p. 0/00 et dans d'autres au contraire elle ne dépassa point 0.40 p. 0/00. L'orateur attribue cette fréquence de la syphilis, non pas au défaut de vigilance administrative ; mais à un certain nombre d'habitudes locales et notamment à la facilité avec laquelle les familles admettent des étrangers dans leur sein.

Ce discours se termine par une étude de la syphilis, au point de vue statistique, dans diverses contrées du Nord ; en voici le résumé :

La Suède donne les soins gratuits à tout individu infecté ; de 1861 à 1868, une moyenne de 1.24 p. 0/00 fut soignée chaque année dans les hôpitaux (à Stockholm, 16,04 0/00) ; en Norwége, où les frais de séjour à l'hôpital sont comptés comme en Allemagne, on a soigné chaque année, de 1859 à 1870, une moyenne de 0.86 0/00 de maladies vénériennes (à Christiania 7.66 0/00); en Danemark, les vénériens sont hospitalisés gratis ; on en compte annuellement une moyenne de 1.11 0/00 (à Copenhague, 14.89 0/00).

Signalons, pour terminer, les discours de Castiglione (de Rome), de Abdullah Bey (Constantinople), Schneider (Java), Gros (Pesth), etc., qui tous ont appuyé les conclusions du rapport.

L. E. DUPUY.

Traité historique et pratique de la syphilis, par le Dr E. LANCEREAUX. (*Un vol. in-8°, 2e édition, Paris*, 1873, *Germer-Baillière.*)

L'ouvrage du docteur Lancereaux est un traité complet de la syphilis. Il diffère des autres ouvrages publiés sur la même matière par la grande extension accordée à l'étude de la syphilis viscérale.

Nous ne pouvons rendre compte de tout le volume, ce serait faire

à notre tour un traité abrégé de la syphilis, nous en analyserons seulement quelques passages.

Dans la partie historique de son ouvrage, l'auteur soutient l'antiquité de la syphilis : elle était anciennement connue des peuples de la Chine et de l'Inde, des Juifs, des Grecs et des Romains ; elle paraît avoir existé en Amérique avant la découverte de Christophe Colomb. Il est difficile d'en trouver la description dans les auteurs du moyen âge, parce qu'ils la confondaient avec la lèpre. Au xve siècle on observa une grande épidémie qui fit croire que la maladie était nouvelle. Du reste, cette épidémie ne fut pas la seule, et quelquefois on crut encore à une nouvelle maladie, d'où les dénominations de maladie de Brünn, pian, yaws, frambæsia , sibbens d'Ecosse , radesyge de Suède et de Norwège, bouton d'Amboine, etc., etc. L'auteur décrit rapidement ces épidémies et montre qu'elles doivent être rapportées à la syphilis. Dans un long chapitre, la distribution géographique de la syphilis est étudiée avec un soin spécial.

— On n'est pas autorisé jusqu'à présent à admettre l'existence d'un rapport véritable entre le chancre mou et la syphilis. — Le bubon d'emblée est une adénite simple. — Les syphilides se divisent en deux grandes classes : syphilides précoces et exanthématiques (accidents secondaires) ; syphilides tardives et circonscrites (accidents tertiaires).

Plus loin, M. Lancereaux étudie les accidents tertiaires et quaternaires des différents systèmes : tégumentaire, locomoteur, génito-urinaire, digestif, circulatoire, etc.

Appareil de la respiration. — Le larynx est fréquemment le siége d'ulcères syphilitiques. Ces ulcères sont difficiles à distinguer *anatomiquement* des ulcérations tuberculeuses et scrofuleuses ; ces ulcérations peuvent amener des rétrécissements cicatriciels. — La pneumonie syphilitique diffuse est rare, la pneumonie gommeuse l'est moins. Ces gommes se différencient un peu par leur structure, mais surtout par la présence à leur pourtour d'une zone fibreuse ordinairement très-épaisse. Le diagnostic repose sur les antécédents du malade et sur les manifestations concomitantes.

L'auteur étudie également la syphilis des autres systèmes, innervation, digestion, etc.

Un chapitre important traite de la syphilis héréditaire de l'enfant et de l'adulte.

Plus loin la syphilis est traitée au point de vue médico-légal. Dans un appendice sont résumés les faits ayant trait à la pathologie comparée et expérimentale de la syphilis.

M. Lancereaux n'emploie pas le mercure avant l'apparition des accidents secondaires. — Les frictions mercurielles sont bonnes quand il existe des désordres gastriques; sinon, il convient de donner le mercure à l'intérieur ; la préparation à laquelle l'auteur donne la préférence est le bichlorure. Il faut suspendre la médi-

cation après la disparition des accidents, sauf à y revenir plus tard. L'iode sous forme d'iodure de potassium et de sodium doit être employé contre les accidents tertiaires.

DEBOVE.

Clinical lecture on dysidrosis, an undescribed eruption (Leçon clinique sur le dysidrosis, une éruption non décrite jusqu'ici), par le Dr Tilbury FOX, University college hospital. (*Brit. med. Journ.*, 27 *sept.* 1873.)

Sous ce nom de dysidrosis, l'auteur décrit une éruption causée par la rétention de la sueur dans ses canaux amenant la distension de ces conduits et la macération des tissus environnants. Cette affection est donc pour les glandes sudoripares ce que l'acné est pour les glandes sébacées. C'est la première description qui en ait été faite, d'après T. Fox, qui prétend que cet état a été souvent confondu avec l'eczéma.

L'observation qui a servi de base à ce travail a été prise chez une femme de 36 ans, qui s'aperçut que sa maladie débuta par une petite bulle (*pimple*) à la face dorsale du doigt annulaire gauche, qui fut bientôt environnée d'un cercle de petites vésicules développées autour de la bulle. L'éruption était très-prurigineuse et sembla croître en étendue sous l'influence d'une friction mercurielle. Quand la malade se lavait les mains, elle ressentait une brûlure très-vive. La santé générale est bonne, mais les mouvements des jambes et des bras s'exécutent assez difficilement ou sont suivis d'une fatigue disproportionnée avec les efforts. Elle se plaint aussi de douleurs de tête. Ses digestions sont assez laborieuses, les pieds et les mains se refroidissent assez facilement. En outre, la malade a des règles excessivement abondantes. Les nuits sont habituellement assez agitées; enfin la malade, sans être hystérique, est très-nerveuse.

Voici la description de l'éruption qui fait l'objet de cette leçon : Les deux mains et les deux bras sont le siége de papules disséminées que l'on reconnaît, à un examen attentif, être de véritables vésicules, de la grosseur d'un grain de millet ; quelques-unes ont une base très-rouge et sont parfois rassemblées en petits groupes, surtout à la face dorsale et latérale des doigts, aux deux faces de la main et de l'avant-bras et à la partie interne de l'épaule. Dans quelques cas, ces vésicules se réunissent et forment de véritables bulles, et en perçant ces bulles il en sort un liquide clair et alcalin. Entre les doigts l'épiderme est soulevé par une couche mince de liquide qui devient blanchâtre et est altéré par la macération de l'épiderme, dans ces cas le liquide est manifestement acide et rougit la peau. Il n'y a de croûtes nulle part. A la face palmaire, près des doigts, il y a des vésicules disséminées et séparées par un assez grand nombre de points transparents ressemblant à des grains de sagou, peu saillants et constitués évidemment par des glandes sudoripares dilatées par la sueur. A la face antérieure de l'avant-bras l'on constate une rougeur eczémateuse diffuse. A la face palmaire de la main il y a toutes les transitions entre les vésicules solitaires et les bulles soulevant une partie de l'épiderme; c'est principalement à la base des phalanges que cette particularité peut se constater. C'est dans la vésicule isolée qu'on reconnut surtout la lésion élémentaire, car plus tard l'éruption se dénatura. Le liquide

extrait de ces vésicules est bien le liquide clair, alcalin de la sueur et il ne subit d'altérations que quand il se répand sous l'épiderme et qu'il macère en quelque sorte cette membrane.

La malade se plaignait de douleurs assez vives au niveau de ces éruptions, qui avaient une tendance à envahir la face et les jambes.

L'auteur, après cette description, cherche à confirmer son opinion ; il montre que la vésicule n'est autre chose que la distension du glomérule, car le liquide identique à celui de la sueur n'a aucune analogie avec celui de l'eczéma, il n'est pas purulent et ne forme point de croûtes. Les bulles seraient formées par la réunion des vésicules; quant aux papules, ce seraient des vésicules avortées ; les plaques blanches d'épiderme macéré seraient la conséquence de l'altération de l'épiderme par la sueur acidifiée et irritante au contact de l'air.

Cette maladie diffère de l'eczéma par les caractères suivants : Elle ne débute pas comme un *catarrhe séreux* de l'épiderme, mais bien par la distension des glandes, dont le liquide ne s'altère et ne se trouble que dans les conditions déjà décrites ; enfin, il n'y a jamais de croûtes. Elle ne peut être confondue avec l'érythème papuleux que lorsqu'il y a prédominance de papules avec absence de liquide. Elle est variable quant à son étendue et à sa durée ; on peut observer plusieurs poussées, et le tout dure de dix jours à quelques semaines.

Dans quelques cas, l'auteur aurait vu l'éruption avec ses différents caractères entre les orteils et à la face plantaire des pieds. C'est surtout chez les sujets goutteux que l'affection a été le plus intense.

L'auteur termine en faisant observer que cette maladie a été confondue par les auteurs avec l'eczéma. Quant à l'affection décrite par Bazin sous le nom d'hydroa, il prétend que le savant médecin de notre hôpital Saint-Louis aurait confondu sous ce nom l'urticaire bulleux, l'érythème papuleux, miliaire, etc. T. Fox pense que le dysidrosis se rencontre habituellement chez les gens qui transpirent abondamment et qui sont déprimés, faibles ou quelque peu épuisés, et que quelquefois il se trouve lié à des manifestations nerveuses anormales.

L'auteur conseille surtout le traitement interne ; il administre des diurétiques, sans dire lesquels, ainsi que du quinquina et de la noix vomique ; quant au traitement externe, il se sert le plus habituellement de cérat, de liquides saturnins ou plutôt d'acide phénique très-dilué. Au besoin, il emploie les poudres inertes et le baume du Pérou, associé au précipité blanc. Il a aussi quelquefois administré l'arsenic.

A. GOUGUENHEIM.

TRAVAUX A CONSULTER.

Origine de la syphilis, par le Dr Edmond BASSEREAU. (*Thèse Paris*, 1873, *n*o 338.)

Le Dr E. Bassereau soutient l'origine américaine de la syphilis.

I. — Documents sur les maladies vénériennes puisés dans les écrits antérieurs à l'année 1494. — Les passages de la Bible, des médecins grecs et latins, des poëtes satiriques, des médecins du moyen âge, qui ont trait aux affections vénériennes, s'appliquent aux bubons, aux chancres mous, à la blennorrhagie et probablement à un certain nombre d'affections cutanées d'origines différentes ; rien dans tous ces ouvrages qui puisse faire croire que la syphilis ait été connue en Europe avant la découverte de l'Amérique.

II. — Documents puisés dans les écrits postérieurs à l'année 1494. — Tous les médecins qui ont écrit de 1495 à 1500 sont unanimes à déclarer que la syphilis est un mal nouveau et épidémique. — C'est en 1525 qu'il fut question pour la première fois de l'importation d'Amérique dans le sommaire de l'*Histoire des Indes occidentales*, publié à Tolède, par Oviédo. — Les premières objections à l'origine américaine de la syphilis ne furent faites qu'à la fin du dix-huitième siècle. DEBOVE.

Nouvelles données pour résoudre la question : « Par qui, du père ou de la mère, se transmet la syphilis héréditaire? » par Adam ÖWRE. (*Nordiskt med. Ark.*, *t. V*, 3e *part.*, *n*o 19, *d'après le compte rendu français.*)

Ce travail est la continuation de deux mémoires antérieurs.

Dans le premier, publié en 1868, l'auteur n'osa pas se prononcer d'une manière formelle et il accepta une conclusion conforme à celle de M. Hippolyte Mireur (*Essai sur l'hérédité de la syphilis,* Paris 1867) : « L'influence paternelle, nous la considérons comme extrêmement rare, comme exceptionnelle. »

En 1872, dans son second travail, l'auteur, pour plus d'exactitude et de sûreté, ne prit en considération que les cas de sa clientèle privée.

Dans les faits qu'il a suivis avec soin, il ne s'est pas présenté un seul cas où le père ait produit des enfants spécifiquement infectés.

A cette époque, il comptait 24 pères de cette catégorie, ayant 42 enfants.

Le présent mémoire s'appuie sur l'observation de 29 pères et 55 enfants.

Il n'est question ici que d'individus ne présentant pas de phénomènes infectants locaux, et par conséquent il ne s'agit que de la possibilité de l'infection du fœtus par le sperme.

Les conclusions de l'auteur sont confirmatives de la doctrine de Cullerier :

1° L'influence paternelle, selon toute vraisemblance, est nulle à l'égard de la syphilis héréditaire ;

2° Le sperme d'un homme syphilitique n'exerce aucune action nuisible sur l'organisme de la mère ;

3° L'enfant d'un homme syphilitique est sain et bien portant.

Etiology of hereditary syphilis. Review of the cases where the paternal influence is acknowledged, but the mother is reported free from disease (Etiologie de la syphilis hériditaire. Examen des cas où l'on admet l'existence de la maladie chez le père sans que la mère en soit atteinte), par Frédérick STURGIS. (*New York medic. Journal, juillet* 1873.)

Dans un précédent travail publié dans le même journal en juillet 1871, l'auteur s'est efforcé de prouver que le développement de la syphilis héréditaire chez un enfant impliquait nécessairement chez sa mère l'existence de cette maladie. Ce nouveau mémoire est consacré à la défense des mêmes idées. Sturgis soumet à une critique minutieuse les observations contraires à son opinion qui ont été publiées par Hutchinson, Diday, Baerensprung, Langston, Parker, etc. De cet examen, il conclut que toutes ces observations sont incomplètes et manquent des détails nécessaires pour entraîner la conviction, et que si la théorie qu'il combat a joui jusqu'à présent d'une certaine faveur c'est que la plupart des auteurs ont reproduit à l'envi et sans discussion sérieuse les observations de leurs devanciers.

H. DANLOS.

Syphilis héréditaire du père aux enfants, sans infection de la mère, par le Dr BRÉBANT, de Reims. (*Soc. méd. de Reims, bull. n°* 11.)

Il existe sans doute dans la science un certain nombre de cas de transmission de la syphilis du père à l'enfant, sans infection de la mère. Cependant cet exemple est intéressant à plusieurs titres : — 1° La femme qui fait le sujet de cette observation a eu 6 enfants, dont 3 morts de syphilis, un vivant ayant eu des lésions syphilitiques, et le 6e et dernier vivant, toujours indemne de syphilis. — 2° Les grossesses, et principalement les premières, s'accompagnèrent d'hydramnios ; aussi M. le Dr Brébant pose-t-il comme conclusion que « l'hydramnios est un accident qui doit porter le médecin à s'enquérir de la santé du père ou de la mère au point de vue syphilitique. » — 3° L'auteur pense que l'administration du protoiodure de mercure dans des cas de syphilis fœtale d'origine paternelle, même sans infection de la mère, peut être non seulement sans danger, mais favorable à la marche naturelle de la grossesse. L'iodure de potassium lui a paru avoir à peu près la même influence, quoique ce fait soit moins nettement prouvé. — 4° La limonade sulfurique peut être administrée avec avantage contre l'hydramnios pendant la grossesse.

HENRI HUCHARD.

De la miliaire, par le Dr Ernest BESNIER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.* et *Ann. de Dermatologie*, 1873-74, nº 1, *p.* 24.)

L'éruption miliaire ne suffit pas pour caractériser une maladie, c'est toujours un épiphénomène d'états morbides fort différents, il n'y a point de fièvre miliaire essentielle. La vésicule miliaire naît aux dépens de la couche muqueuse de l'épiderme ; on ne sait si elle se développe indifféremment aux dépens des cellules du corps muqueux ou aux dépens des cellules de la cavité de l'ostium des glandes sudoripares. On considère généralement comme acide le liquide des vésicules ; la vérité est que le contenu des vésicules est tantôt acide, tantôt alcalin, tantôt neutre, et cette réaction varie suivant certaines circonstances qui n'ont pas été assez étudiées, car les vésicules s'infiltrent de leucocytes (miliaire blanche), beaucoup plus rarement d'un certain nombre de globules rouges.

L'auteur croit que l'hyperthermie cutanée est la cause pathogénique de la miliaire ; on l'observe, en effet, sous deux formes : 1º la miliaire apyrétique des pays chauds ou des saisons chaudes; 2º la miliaire qui survient dans le cours des affections fébriles.

M. Besnier affirme que la miliaire, provoquée ou non, n'acquiert jamais une intensité assez considérable pour devenir un état morbide particulier ou aggraver l'état pathologique préexistant. DEBOVE.

Contribuzione alla soluzione della tesi relativa allo innesto della miliare mediante la inoculazione dell'umore vescicolare miliarico (Contribution à la solution de la question relative à l'inoculation de la miliaire au moyen du liquide des vésicules), expériences du Dr DANTE BORGI. (*Lo Sperimentale, août* 1873, *fasc.* 8e, *p.* 182.)

Ces expériences sont au nombre de cinq :

1º Les cinq inoculations ont été faites avec le liquide miliarique pris sur des sujets dont la miliaire avait une forme régulière et une marche satisfaisante. Chez eux l'affection était sporadique.

2º Dans tous ces cinq cas, les signes locaux du traumatisme ont été légers et de courte durée, ne laissèrent aucune trace, ne provoquèrent non plus ni phlegmons, ni abcès ou indurations le long des lymphatiques.

3º Les cinq inoculations démontrèrent la non-transmissibilité de l'affection miliarique par l'inoculation du liquide renfermé dans les vésicules propres à cette forme éruptive. BARÉTY.

Teigne et Variole, par M. LUTON. (*Soc. méd. de Reims, bull.* nº 11.)

Une petite fille de 4 à 5 ans, atteinte de teigne, fut prise d'une variole confluente. Sous son influence, qui détermina une véritable desquamation avec épilation, la teigne fut guérie, la tête devint fort nette, les cheveux commen-

cèrent à poindre, et pendant près de deux mois après la variole M. Luton ne vit apparaître aucun godet.

M. Luton se demanda dès lors si ce procédé pathologique ne pourrait pas être usité, et si l'on ne pourrait obtenir la guérison de la teigne vraie en provoquant une suppuration du cuir chevelu. Aussi appliqua-t-il sur la tête de teigneux des substances irritantes et toxiques ; la teinture d'iode ne lui réussit pas, non plus que l'alcool pur et une solution au sulfate de cuivre. Mais il a déjà employé deux fois avec succès une pommade avec le sulfate de cuivre au dixième. — De son côté, M. Labbée (de Fismes) dit avoir obtenu une dizaine de guérisons avec une pommade au deutochlorure de mercure (un gramme pour trente.)

M. le Dr Galliet cite, à ce sujet, le cas de la disparition complète d'un eczéma chronique, sous l'influence d'une variole assez grave.

HENRI HUCHARD.

Ueber Fibroma molluscum (Sur le fibrome molluscum), von H. FREMMERT.
(*St-Petersburger medicinische Zeitschrift*, 1872, 3 *Heft*.)

L'auteur fait d'abord un long historique du mot *molluscum*, et conclut avec Virchow que, dans l'intérêt de la terminologie médicale, ce mot ne doit être employé qu'adjectivement, car il indique non pas la nature, mais une qualité accessoire de certaines tumeurs : c'est ainsi qu'il distingue le *fibroma molluscum*, l'*atheroma molluscum* et l'*epithelioma molluscum*, ce dernier se rapportant au *molluscum contagiosum* des dermatologistes.

L'auteur passe ensuite à la description anatomique du *fibroma molluscum :* c'est un simple exposé des recherches de Rindfleisch et de Virchow, et nous n'y voyons rien de nouveau à signaler, si ce n'est que les observations de l'auteur sont en parfait accord avec celles de ces deux anatomistes.

Relativement à l'étiologie, l'auteur admet que, lorsqu'il y a prédisposition naturelle, le fibroma molluscum peut succéder à une irritation locale, d'où leur multiplication possible chez les sujets qui ont la peau spécialement irritable. Il rapporte même, d'après Tschudi et Langaard, que, dans le Brésil, une simple plaie cutanée ou même une excoriation chez les nègres de ce pays est suffisante pour engendrer un fibroma molluscum. Un travail pénible, la misère, la convalescence des maladies graves (fièvre typhoïde, intoxication arsenicale) seraient encore des causes occasionnelles.

La maladie peut exister dès la vie fœtale, et il existe plusieurs observations (Hargrave, Nélaton, Mott) de molluscum congénital. Ces tumeurs se développent ordinairement dans les quinze premières années ; leur nombre s'accroît ou reste stationnaire ; le développement ne porte parfois que sur une seule tumeur : il devient alors excessif. Aucune influence du sexe. La maladie peut se présenter chez les animanx (deux observations chez le cheval). Point de tendance à l'ulcération.

Lorsque les tumeurs, ce qui est le plus habituel, ont le volume d'une tête d'épingle, d'un noyau de cerise ou d'une noix, elles n'ont aucune

influence fâcheuse sur l'économie. Mais lorsqu'elles sont développées outre mesure (cas de Virchow et de Nélaton), elles agissent mécaniquement et déterminent les troubles fonctionnels les plus graves, soit par elles-mêmes, soit par les opérations qu'elles nécessitent. Les conditions de ce développement, les causes de sa rapidité sont tout à fait inconnues.

L'influence de la puberté est diversement appréciée par les auteurs; celle de la grossesse paraît nulle.

La tumeur, après avoir atteint le maximum de son développement, ne dégénère que bien rarement, et ne se résout jamais spontanément. Une gangrène profonde peut à la rigueur en détruire quelqu'une; mais cette destruction n'arrive pas, comme le pense Hébra, par simple usure de la peau sur le sommet de la tumeur.

Le diagnostic n'est possible qu'après l'examen microscopique de la tumeur : il faut donc en exciser une lorsque les tumeurs sont petites, et lorsqu'elles sont grosses en extirper quelques parcelles au moyen d'un trocart *ad hoc*.

L'examen doit être pratiqué sur les diverses couches de la tumeur, et même sur plusieurs tumeurs lorsqu'elles sont nombreuses; car, d'une part, on peut avoir affaire à une forme mixte, et, d'autre part, le même sujet peut porter des tumeurs de diverse nature. Pour ce qui est des formes mixtes, il faut prendre garde que certaines hyperplasies sont tout à fait accessoires dans le développement de la tumeur principale, et ne doivent pas influer sur la dénomination caractéristique.

Le mémoire se termine par deux observations originales intéressantes à consulter, et auxquelles sont jointes des photographies. L. LACOMBE.

Communication du favus des animaux à l'homme, par M. HORAND. (*Société des sciences méd. de Lyon; Lyon méd., n° 21, p. 165.*)

M. Horand a présenté devant cette Société une jeune fille de 15 ans, portant à la main, au poignet gauche et sur le bras droit, des plaques de favus: l'examen microscopique a démontré l'existence des spores et des tubes de mycelium, quoique les godets aient fait défaut.

Une autre personne vivant dans le même appartement présentait des plaques de favus aux cuisses. Depuis longtemps, un chat portait des croûtes qui renfermaient les sporules et le mycelium caractéristiques, et un rat récemment pris portait aussi des croûtes faveuses. M. Horand rapporta à cette occasion un autre fait de favus de la main survenue sur une personne qui avait introduit sa main dans une ratière où se trouvait un rat porteur de croûtes. La discussion a porté sur le diagnostic de la maladie de peau dont était porteur le sujet présenté, et plusieurs membres n'ont voulu voir là qu'un herpès circiné. M. Dron a cité des inoculations de favus qu'il avait faites sur des enfants avec des croûtes faveuses de souris, et qui avaient réussi. J. C.

Memoir on leprosy in Syria (Mémoire sur la lèpre en Syrie, par John WORTABEL, M. D. (*British and foreign medico-chirurgical Review, juillet* 1873.)

Ce mémoire est basé sur les études personnelles de l'auteur, qui, résidant à Beyrouth, a été à même d'observer nombre de cas de cette maladie. Il expose brièvement les symptômes de la lèpre, l'état des léproseries de Damas, et donne ensuite quelques détails sur l'influence de l'âge et du sexe, sur la fréquence relative des formes anesthésique et tuberculeuse; sur la durée de la maladie, l'hérédité, la contagion ; sur la lèpre chez les Hébreux et enfin sur le traitement.

Nous n'avons remarqué, en lisant ce travail, aucun détail important qui ne soit déjà connu, aussi nous bornerons-nous à un résumé très-court.

Dans l'étude des lésions et des symptômes, rien à signaler, l'auteur n'a jamais disséqué un cadavre de lépreux, aussi les troubles viscéraux et les altérations dont ils sont le symptôme sont-ils à peu près passés sous silence.

Les léproseries de Damas sont au nombre de deux, l'une pour les musulmans, l'autre pour les chrétiens. La première est dans un état de malpropreté déplorable ; la seconde est établie dans de meilleures conditions de salubrité, mais toutes deux sont insuffisantes. Ce sont des asiles et non des hopitaux, les malades n'y sont soumis à aucun traitement, ils n'y reçoivent même pas de soins hygiéniques.

Le sexe masculin constitue une puissante prédisposition, la maladie est des deux tiers environ plus commune chez les hommes. C'est le plus fréquemment avant 30 ans et après la puberté qu'on la voit se manifester.

Les formes anesthésique et tuberculeuse sont à peu près aussi fréquentes : les formes mixtes sont plus rares.

La durée moyenne des cas observés par l'auteur a été de 6 ans 1/2 pour la lèpre tuberculeuse, de 7 ans 1/2 pour la lèpre anesthésique et de 10 ans 1/2 pour la lèpre mixte.

Règle générale, les villes grandes et bien aérées de la Syrie, celles où les habitants ont une bonne hygiène et une nourriture saine, jouissent à l'égard de la lèpre d'une immunité relative.

La maladie sévit de préférence dans les pays pauvres et dans les districts montagneux.

L'influence de la syphilis, de la scrofule, de l'impaludisme paraît absolument nulle.

L'hérédité directe ou collatérale se rencontre au moins deux fois sur trois. La première est plus rare du côté du père, probablement parce que les fonctions de reproduction sont compromises plutôt chez l'homme.

La femme peut avoir encore des enfants dans les premières périodes du mal, et ces enfants peuvent, au moins pendant de longues années, échapper à la maladie.

Contrairement à l'idée qui règne en Occident, on croit en Syrie la lèpre contagieuse, peut-être, il est vrai, sur l'autorité du Coran plutôt que d'après les données de l'observation.

Relativement à la lèpre des Hébreux, l'auteur conclut de la discussion

des textes sacrés que la lèpre était fréquente chez les Israélites, mais qu'ils confondaient sous ce nom plusieurs maladies différentes.

Quant au traitement, il recommande les soins hygiéniques, les bains de toutes sortes : froids, tièdes, alcalins ou sulfureux. Les ulcérations consécutives aux bulles et aux tubercules sont avantageusement modifiées par des pansements à l'acide phénique. Contre l'anesthésie et l'atrophie, l'emploi de l'électricité donne des résultats bons, mais temporaires.

A l'intérieur les préparations mercurielles font le plus déplorable effet ; l'auteur conseille l'usage de l'iodure d'arsenic, qui, sans être un spécifique, lui a semblé plusieurs fois s'opposer efficacement aux progrès de la maladie. H. DANLOS.

Observations.

Infantile syphilis, par le Dr Thomas BALLARD, brit. med. Association. (*Brit. med. journ.*, 23 *août* 1873.)

L'auteur présente un enfant de 5 mois ayant toutes les apparences d'un sujet syphilitique.

Cet enfant offre des éruptions polymorphes sur la peau et les muqueuses ayant un aspect caractéristique ; sa faiblesse croissante est en rapport avec toutes ces altérations, et pourtant les parents de l'enfant sont sains, le produit de la vaccination transporté sur un autre sujet ne causa aucune contamination syphilitique.

L'auteur démontre que dans ce cas les lésions de la peau et des muqueuses n'avaient rien de syphilitique, que la saleté des langes de l'enfant était la seule cause de tous ces accidents, et, à propos de ce cas, il se demande quels sont les signes de la syphilis congénitale et il formule les conclusions suivantes :

1° La mort de l'enfant dans l'utérus est la suite de la syphilis de la mère, sans qu'il soit nécessaire de supposer que l'enfant ait eu la même maladie. La décomposition de la peau des enfants mort-nés n'est que le resultat d'une longue macération du cadavre du fœtus dans les eaux de l'amnios ;

2° Les observations d'enfants vivants nés avec des altérations syphilitiques sont si rares qu'on peut se demander si elles sont véritablement authentiques;

3° Le pemphigus et les autres lésions cutanées qui peuvent survenir 15 jours après la naissance et ont été regardées comme des accidents de la syphilis ne seraient que des lésions pyohémiques résultant d'abcès ombilical, suite de ces conditions hygiéniques déplorables ;

4° Les symptômes qui se manifestent quelques semaines après la naissance et que l'on a l'habitude de regarder comme pathognomoniques de l'infection syphilitique seraient produits par les mêmes causes hygiéniques ; ils s'amenderaient facilement et seraient même rapidement guéris dès que la cause qui les produit serait reconnue ;

5° L'auteur proscrit le traitement mercuriel comme inutile, sinon dangereux.

Ce travail est intéressant en ce qu'il montre qu'il est possible de confondre avec la syphilis une série de lésions dépendant d'une autre cause qu'il a suffi d'éloigner pour conjurer le mal ; mais les conclusions de l'auteur, sur la foi d'une seule observation, ne nous semblent pas justifiées. Rien n'est plus incontestable que l'existence de la syphilis congénitale. Non-seulement la démonstration clinique existe, mais elle est appuyée sur l'anatomie pathologique, qui s'est surtout beaucoup complétée dans ces dernières années. Le traitement mercuriel a fait ses preuves aussi dans un certain nombre de circonstances et mérite parfaitement d'être conservé.

En syphiligraphie, il existe, depuis ces derniers temps surtout, une tendance regrettable : c'est de battre en brèche, à l'aide d'observations isolées et plus ou moins concluantes, les résultats de l'observation la plus consciencieuse. A. GOUGUENHEIM.

Case of syphilitic gummata in the heart (Cas de gomme syphilitique du cœur), par G.-W. Mc NALTY. (*Med. Times and Gaz.* 14 *juin* 1873, *p.* 624.)

G..., âgé de 28 ans, a des habitudes d'intempérance ; il a été arrêté par un officier non commissionné qui le connait depuis deux ans et qui assure que son principal régime est la boisson. Les observations recueillies sur son compte montrent de 1863 à 1869 douze admissions à l'hôpital pour la syphilis, huit pour des accidents primitifs, une pour un bubon vénérien et trois pour des accidents secondaires, dont une fois du rupia. Il était aussi sujet au rhumatisme chronique. La veille de sa mort, il se plaignait seulement de douleurs dans le dos. A 6 heures 15 minutes du matin, le 18 octobre 1872, on le trouve presque insensible ; il reste dans le coma et meurt peu d'instants après.

Le cadavre est bien conformé, sans marques extérieures. Cerveau et méninges en bon état ; langue, larynx, trachée à l'état normal. Les plèvres sont adhérentes des deux côtés dans toute leur étendue ; les poumons sont engorgés et portés à leur dernier degré d'extension. Le péricarde contient quatre onces et demie de sang. Cœur large, valvules saines des deux côtés. Sur le muscle, on remarque l'existence de dépôts d'un jaune blanc en partie disséminés, en partie montrant une apparence nodulaire. Le dépôt est plus abondant à la base qu'à la pointe du ventricule gauche. A la pointe existe un anévrysme qui a la forme d'un sac où l'on peut mettre la phalange unguéale du pouce; cette poche peut se retourner comme un doigt de gant et l'on voit alors à la face interne des lamelles fibrineuses fermes. Ces parois sont transparentes et laissent voir le pouce. A la base du ventricule existe une dilatation répondant au bord postérieur du cœur. Le sang échappé du ventricule gauche et de l'anévrysme avait disséqué les cellules inférieures du péricarde au cœur et il s'était formé une cavité tout à fait en haut, à la base du cœur. Le sang contenu dans le péricarde est mêlé à des gaz qui sont le résultat de la consomption. Si l'on verse de l'eau dans l'anévrysme jusqu'à sa marge, elle ne s'écoule pas. Le ventricule droit semble plus mince que de coutume. L'aorte présente sur sa face interne des plaques athéromateuses disposées en festons tout le long du bord supérieur des sinus de Valsalva. D'autres petites taches, unies, luisantes, se montrent sur la crosse, et, au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche, elles produisent un peu de perte de substance.

Le foie et les reins sont un peu hypertrophiés et congestionnés. Les autres organes de l'abdomen sont sains. Les testicules n'ont rien.

E. LANCERFAUX.

Du resserrement de la mâchoire dû à la syphilis; myosite du masséter; tumeurs gommeuses de la joue; note lue à la Soc. méd. des hôp., par M. J. GUYOT. (*Un. méd., n°* 123, *p.* 609.)

M. J. Guyot, ayant observé cette année un cas de contracture syphilitique du masséter, s'étonne de ne trouver dans la science que quelques cas très-rares de resserrement de la mâchoire dû à la syphilis (*voir* thèse de M. Blavette, 1860). Il rapporte l'observation du fait qu'il a vu lui-même, celle de M. Ph. Boyer, et une autre due à M. Bouilly, interne de M. Panas.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 36 ans, qui se plaignait d'une impossibilité absolue d'ouvrir la bouche et d'un gonflement de la région temporo-massétérine ; la maladie durait depuis trois ans ; on niait tout antécédent syphilitique. Par la palpation, on sentait une tumeur dure, ligneuse, nettement limitée aux muscles temporal et masséter d'un seul côté, indolente; les parties osseuses étaient saines ; l'articulation l'était également, puisqu'on pouvait imprimer au maxillaire des mouvements de latéralité. Un traitement à l'iodure de potassium fit disparaître la tumeur en trois mois, et la malade recouvra les mouvements du maxillaire.

L'observation de M. Bouilly se rapporte à une femme de 33 ans qui avait eu des accidents syphilitiques assez nombreux ; elle porte des adénites cervicales et des croûtes sur le cuir chevelu. Depuis huit mois elle sentait des tumeurs dans chaque joue, et la bouche s'ouvrait difficilement. Les tumeurs sont situées actuellement sur le bord antérieur du masséter, de chaque côté ; elles répondent à la couronne des dents de la mâchoire supérieure. Elles sont dures, indolentes, font corps avec le masséter. Les dents des deux mâchoires sont absolument appliquées les unes contre les autres. Les tumeurs et la contracture des masséters disparaissent rapidement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. J. C.

Ein Fall von multipler Sarcom Bildung der Haut unter dem Bilde der Mycosis (Cas de sarcomes multiples de la peau simulant le mycosis), par H. PORT. *Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol., p.* 134.)

L'observation a été recueillie en 1865-1866 dans le service de Ziemssen.

Le malade était alors âgé de 36 ans. L'affection avait débuté dès l'enfance par une éruption généralisée de boutons peu saillants. Plus tard elle avait été caractérisée par des taches rouges couvertes de squammes et par de vives démangeaisons; elle s'accompagnait, depuis 1862, d'une exhalation séreuse ; enfin, il s'était développé, dans les derniers temps, sur toute la surface du corps, de larges condylomes qui avaient atteint rapidement des dimensions considérables.

Quand le malade entra à l'hôpital, il était dans l'état suivant : La peau était malade de la tête aux pieds ; elle était recouverte partout, mais surtout dans la partie supérieure du corps, de tumeurs fongueuses, saillantes de 1 à 2 centimètres, molles, rosées, et donnant lieu à une sécrétion abondante et fétide; leur diamètre variait de quelques millimètres à 10 centimètres; dans leurs intervalles, la peau était tantôt dure, blanchâtre et parcheminée, tantôt m ar

brée de taches violacées. En certains points, les tumeurs reposaient sur une base violacée ; aux extrémités supérieures, on voyait en outre une éruption qui offrait tous les caractères du psoriasis (?). Le malade se trouvait dans la situation la plus lamentable ; il se développa bientôt une anasarque sans albuminurie, les forces s'abaissèrent rapidement, des eschares se formèrent au sacrum et la mort survint sans qu'il se fût produit de complications viscérales.

A l'examen microscopique, on trouva ces tumeurs formées exclusivement de cellules arrondies et d'une quantité minime de substance intercellulaire homogène ; les papilles et l'épiderme avaient disparu à leur niveau. L'auteur admet, d'après cette structure, que ces productions pathologiques étaient des sarcomes ; il ne croit pas qu'il existe dans la science un fait semblable ; les cas publiés sous la dénomination de mycosis en diffèrent notablement (V., *Revue des sciences médicales*, II, p. 791, une observation analogue).

H. HALLOPEAU.

Case of numerous cutaneous cysts scattered over the body (Kystes multiples de la peau, répandus sur la surface du corps, par Allan JAMIESON. (*Edinburgh medical journal, sept.* 1873, *p.* 223.)

Dans cette note, malheureusement incomplète, l'auteur rapporte le fait exceptionnel d'un homme de 45 ans qui vit successivement se développer sur différentes parties du corps une série de petites tumeurs indolentes, dures, rénitentes, dont quelques-unes seulement présentaient de la fluctuation. Une particularité sur laquelle insiste le Dr Jamieson, c'est l'absence de point noirâtre indiquant un orifice glandulaire comme dans certaines formes d'acné et de molluscum. L'examen histologique d'une de ces tumeurs a été fait, mais sans donner de résultats suffisants. L'auteur considère ce fait comme un exemple de kystes multiples nés aux dépens des glandes de la peau, sébacées ou plutôt sudoripares. Il ne paraît pas avoir songé à la possibilité d'un cas de ladrerie chez l'homme ; cependant la planche annexée à son mémoire rappelle beaucoup l'apparence de la malade présentée par M. Lancereaux à la Société des hôpitaux, et affectée de kystes ladriques. H. R.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Lectures on dermatology, par Erasmus Wilson. (J. et A. Churchill, Londres, 1 vol. in-8°.)

Zum Gesetze für die Prophylaxis der Syphilis und die Regelung der Prostitution (Lois sur la prophylaxie de la syphilis et le règlement de la prostitution), par E. Hertzka. (*Pester med. chir. Presse*, IX.)

Influence de la variole sur la syphilis, par Kayser. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mars.)

Syphilis secondaire, par L. Moore. (*Philad. med. Times*, mai.)

Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux, par A. Mayaud. (*Thèse de Paris*. A. Delahaye.)

Die Syphilis der Haut u. der angrenzenden Schleinihaüte (Syphilis de la peau et des muqueuses adjacentes), par M. Kaposi. — Vienne.

Etude sur les chancres du col utérin, par M. Schwartz. (*Thèse de Paris*, n° 388, A. Delahaye.)

Linfadenomi sifilitici all' istmo delle fauci (Lymphadénomes syphilitiques à l'isthme du gosier), par le prof. Tanturri. (*Rivista di med., di chir., e di terap.* de Milan, 15 et 20 avril, fasc. 7e et 8e.)

Des tumeurs gommeuses de la langue, par M. Chapuis. (*Thèse de Paris*, n° 397.)

Des affections syphilitiques des bourses séreuses, par M. Louis Moreau. (*Thèse de Paris*, n° 360.)

Ein Fall von syphilitischer Caries des rechten Darmbeines (Un cas de carie syphilitique de l'os iliaque droit), par le Dr Leopold Bruck, de Pesth. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 11.)

Abcès du larynx probablement consécutif à une périchondrite syphilitique, par M. Faure. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 352.)

Gehirn-Syphilis (Syphilis cérébrale), par le Dr L. Gottlieb Kraus, de Vienne, (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 10 et 11.)

Cas de paralysie syphilitique, par A.-B. Arnold (*Philad. med. and surg. Reporter*, mars.)

Gomme du cerveau; Aphasie, par MM. Bourceret et Cossy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 346.)

Ueber die angeborene Syphilis (Sur la syphilis congénitale), von Dr Jonkoefsky. (*St-Petersburger medicinische Zeitschrift*, I Heft). Ce travail montre que, grâce aux précautions prises à St-Pétersbourg, on n'a encore observé aucun cas de syphilis vaccinale.

Marantische sinus Thrombose bei einem mit Lues congenita behafteten Kinde (Thrombose cachectique des sinus de la dure-mère chez un enfant atteint de syphilis congénitale), par le Dr C. Banze, de Vienne. (*Jahrb. für Kinderkrankheiten*, juillet, p. 336-340.)

Siphilis viscérale, hépatite interstitielle chez un enfant de 2 ans, par M. Homolle. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année. p. 306.)

Syphilis contractée au moment de la conception. Enfant né à terme; périostite diffuse, couches chondro-calcaires diaphysaires, par le Dr Desprès. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 492).

Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né, par M. Lepileur. (*Annales de dermatologie*, p. 431.)

Remarks on interstitial or syphilitic keratitis, with report of cases, par Theobald. (*The American Journal of the med. sc.* oct., p. 419-429.)

De l'intervention chirurgicale dans les accidents tardifs de la syphilis, par le Dr Paul Olivier. (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, 15 octobre.)

Ueber den Quecksilbersublimat bei Syphilisformen (Du bichlorure de mercure dans la syphilis), par le prof. V. Sigmund, de Vienne. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 19, 31 et 35.)

Des accidents de la blennorrhagie et en particulier du rhumatisme blennorrhagique. — Localisation dans les tendons d'insertion musculaire, par le Dr Paul Olivier. (*Union Médicale de la Seine-Inférieure*, 15 avril.)

Du rhumatisme blennorrhagique, par M. Thierry. (*Thèse de Paris*, no 349.)

Les gourmes, par le Dr Cazenave, ancien médecin de l'hôpital St-Louis. — Paris, Ad. Delahaye.

Cas de molluscum, par le Dr Bourneville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 487.)

Énorme fibrome éléphantiasique (molluscum) de la grande lèvre; considérations sur la structure et la pathogénie de cette tumeur, par MM. Lagrange et H. Duret. (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 459.)

Eléphantiasis du capuchon du clitoris, par W. Ziembicki. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 343.)

On Psoriasis, par Satterlee (*American Journal of syphilog. and Dermatologie*, juillet.)

Cura di una psoriasi colla tintura di mais guasto (Traitement d'un psoriasis, avec la teinture de maïs altéré), note clinique du Dr F. Zambon. (*Rivista clinica*, no 2, p. 49.)

Note pour servir à l'étude du développement du tricophyton et du favus chez les chats, par M. Conche. (*Lyon méd.* no 23, p. 289.)

Ueber die Behandlung d. Sykosis (Traitement du sycosis), par von Veiel. (*Blatt. f. Heilw.*, IV.)

Du zona, par M. Barthès. (*Thèse de Paris*, no 403.)

Seltener Fall von Urticaria febrilis (cas rare), par M. Deutsh. (*Pester med. chir. Presse*, 27.)

Sur l'Eczéma rubrum, par L.-A. Duhring. (*Philad. med. Times*, mai.)

Ueber Bromhydrose, par C.-B. Hofmann. Communication à la Société des médecins de Vienne. (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, no 9, 28 fév.)

Lèpre anesthésique, devenant ultérieurement tuberculeuse; albuminurie excessive; dégénérescence amyloïde du foie et des reins, par M. A. Renault. (*Bull. de la Société anat.*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 209.)

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

ANALYSES.

De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique, par le Dr MAGNAN. (*Gaz. hebd. méd. et chir.*, *nos* 46 *et* 47.)

On sait que l'influence prolongée de l'alcool peut développer dans l'organisme un double travail morbide : 1° une tendance aux dégénérescences graisseuses des organes ; 2° une tendance aux irritations chroniques diffuses, associée à la stéatose, mais pouvant aussi quelquefois jouir d'une existence isolée. Selon la prédominance de l'une ou l'autre de ces lésions, l'alcoolisme chronique peut conduire à la démence (stéatose et athérome) ou à la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse).

Parmi les troubles de la motilité et de la sensibilité, on remarque les paralysies d'un côté du corps avec diminution ou abolition de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

A la suite d'une attaque brusque d'apoplexie, ou peu à peu, sans autres phénomènes que de la céphalalgie, des étourdissements, de l'engourdissement avec des fourmillements dans un côté du corps, les malades s'aperçoivent d'un affaiblissement musculaire, ils traînent la jambe, la main laisse tomber les objets ; il peut y avoir embarras de la parole, déviation des traits. Le bras paralysé présente en général un tremblement plus marqué que du côté sain, et, dans un cas, M. Magnan a observé des mouvements rhythmiques ayant quelque analogie avec ceux de la paralysie agitante. Tout le côté paralysé offre une anesthésie de la peau des muqueuses et même des parties profondes. Tantôt la perte de la sensibilité est complète, elle est étendue au toucher, au chatouillement, aux piqûres, à la température, à l'action des courants constants ou induits ; tantôt elle est incomplète et on ne peut quelquefois la constater que par l'application du compas de Weber. Mais il faut savoir que l'écartement entre les deux points de l'esthésiomètre est plus grand quand les pointes du compas sont placées dans le sens de l'axe du membre, c'est-à-dire selon la direction des nerfs, que dans l'application perpendiculaire à l'axe, où les points sont placés sur des

branches nerveuses distinctes, répondant par conséquent dans la moelle à deux foyers plus éloignés d'innervation.

L'anesthésie gagne les parties profondes, les muscles ; le sens musculaire est affaibli, quelquefois aboli. Les yeux fermés, le malade n'a pas conscience de ses mouvements, il peut marcher en ligne assez droite, mais il se laisse facilement entraîner, sans le remarquer, dans un mouvement circulaire dès que l'on retient doucement le côté anesthésié ; si l'on touche un organe, le nez, l'oreille du côté sain, le malade croit avoir exécuté le mouvement.

Les membres insensibles sont ordinairement plus froids que leurs congénères, et dans quelques cas les malades ont conscience d'un refroidissement qui peut atteindre 2 et même 3° centigrades. L'anesthésie n'est pas limitée à la peau, elle s'étend aux muqueuses, aux conjonctives palpébrales, sclérotidienne et même à la cornée, à la pituitaire, à la muqueuse de la langue, du voile du palais, de la luette, à la muqueuse du gland, du méat urinaire, à la marge de l'anus du côté malade.

La sensibilité spéciale est aussi atteinte du côté de la vue, on a noté un affaiblissement manifeste d'un côté ; le passage d'un courant continu dans la tête ou à son voisinage ne produit pas de phosphènes dans l'œil anesthésié, tandis que l'œil sain les perçoit à la fermeture et à l'ouverture du courant.

En outre de l'amblyopie il existe chez quelques malades de la dyschromatopsie unilatérale ; l'œil sain peut distinguer rapidement toutes les couleurs, tandis que l'œil anesthésié confond les couleurs composées, et même les couleurs franches et saturées. A l'ophthalmoscope on ne trouve pas de lésions au fond de l'œil, sauf un peu de stase veineuse, de l'infiltration péripapillaire et périvasculaire.

On peut observer l'affaiblissement ou l'abolition de l'ouie, du goût, de l'odorat.

Chez les hystériques, l'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche ; dans l'alcoolisme, l'anesthésie occupe indifféremment l'un ou l'autre côté.

Dans cette hémiplégie de la sensibilité et du mouvement, les troubles de la motilité s'améliorent rapidement et l'anesthésie persiste, d'autres fois les deux ordres d'accidents s'effacent parallèlement.

Les malades, comme les alcooliques chroniques, ont de la céphalalgie, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des engourdissements, des crampes dans les membres, plus accusés du côté paralysé; les facultés intellectuelles sont ordinairement affaiblies.

Ces troubles de la sensibilité ne se montrent pas seulement dans l'alcoolisme, ils peuvent être produits par une hémorrhagie, un ramollissement, une sclérose suivant le siége de l'altération matérielle. Dans l'hystérie, au contraire, cet ensemble symptomatique peut n'être

qu'un simple trouble fonctionnel, passager, sans lésion matérielle appréciable.

Or, quelles sont les régions des centres nerveux qui président au libre exercice de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale? Pour Longet et Vulpian, le centre de perception des impressions sensitives est dans la protubérance annulaire qui, d'après le dernier expérimentateur, paraît encore présider aux sensations auditives et gustatives. Mais la lésion unique de ce centre perceptif ne peut expliquer la perte de l'odorat et de la vue notée chez les alcooliques.

D'après la théorie de Todd et Carpenter, le centre de perception des impressions tactiles résiderait dans la couche optique ; c'est là que les impressions sensitives se transformeraient en sensation.

Pour l'auteur, c'est la partie externe et supérieure de la couche optique, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couronne rayonnante qui sont les parties intéressées dans les cas d'hémianesthésie.

HENRI HUCHARD.

De la folie consécutive aux maladies aiguës, par le Dr J. CHRISTIAN. (*Arch. de méd., sept. et oct.* 1873.)

La folie peut succéder aux maladies aiguës de deux manières bien distinctes :

Directement, quand elle survient après la maladie aiguë sans l'intermédiaire d'aucun accident pathologique nouveau ;

D'une manière indirecte, quand le délire n'apparaît qu'à l'occasion de lésions irrémédiables du cerveau ou des méninges survenues comme complications de la maladie aiguë primitive (méningite, encéphalite, tumeurs, hémorrhagie, etc.).

L'auteur laisse de côté les faits de cette dernière catégorie, et entre autres la paralysie générale qui succède aussi quelquefois à une maladie aiguë.

Les formes d'aliénation mentale qui succèdent aux maladies aiguës sont très-variables ; la manie et la stupeur sont les plus fréquentes, et cependant on peut, chez le même malade, voir l'agitation alterner avec la stupeur ou avec le délire hypocondriaque, etc. Quelquefois on n'a affaire qu'à une *folie ébauchée,* constituée seulement par quelques conceptions délirantes ou même seulement par quelques hallucinations isolées.

Le Dr Christian attire l'attention principalement sur une série de faits à peine signalés et qu'on n'observe qu'après les maladies aiguës ; ce sont ceux où le *délire est accompagné de troubles divers de la motilité*. Il cite ainsi un certain nombre d'observations tirées de travaux différents.

Ces troubles intellectuels, se produisant en même temps que les troubles locomoteurs, peuvent faire croire à l'existence d'une paralysie générale ou d'une autre maladie grave, alors qu'il n'existe que des accidents transitoires. L'ataxie des mouvements, le délire ambitieux, l'affaiblissement intellectuel sont en effet des phénomènes communs à la paralysie générale et aux troubles mentaux et locomoteurs qui peuvent apparaître à la suite d'une maladie aiguë. Mais, dans ce dernier cas, les accidents apparaissent d'une façon secondaire, ont une marche rapide, et succèdent à une affection aiguë.

Il sera également facile de distinguer les délires alcoolique, traumatique, toxique par la cause qui les a produits.

Quant au diagnostic entre le délire vésanique et le délire symptomatique, il est quelquefois difficile à établir d'après leurs seuls caractères extérieurs. Par exemple, le délire symptomatique est systématisé comme chez l'aliéné. C'est ainsi qu'une fièvre typhoïde peut s'accompagner de délire religieux avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, que certaines fièvres typhoïdes ont pu être prises et traitées pour des aliénations mentales (*Ann. médico-psychol.*, juillet 1843), et qu'on a pu confondre la stupeur de cette maladie avec la stupeur de l'aliénation mentale (*Ann. médico-psychol.*, 1872, Dagonet). Cependant on peut dire que le délire vésanique se reconnaît lorsque son apparition coïncide avec l'amendement des symptômes fébriles et de l'état général.

Quant au délire qui apparaît chez le convalescent, il se distingue ordinairement facilement de celui qui se rattache à une complication quelconque (méningite, etc.).

Le pronostic de la folie consécutive aux maladies aiguës ne peut pas être établi d'une façon certaine ; la mort en est une terminaison exceptionnelle ; mais le passage à l'état chronique et incurable a été observé. Quelquefois, dit Griesinger, le délire consécutif à une fièvre typhoïde se transforme en manie et démence profonde. M. Béhier a vu dans ces circonstances des démences se prolonger un an et au delà ; d'une façon générale, le pronostic doit être soumis à quelques réserves, puisqu'un premier accès de folie établit toujours une prédisposition à des accès ultérieurs.

Le délire éclate ordinairement d'une façon brusque, inattendue ; parfois il est précédé de quelques prodromes (inquiétudes, changement et irritabilité du caractère, insomnie, etc.). Sur 81 malades, la durée du délire a été pour 37 de 15 jours, pour 6 de 15 jours à 1 mois et pour 19 de 1 à 3 mois. La guérison est la terminaison ordinaire, et survient le plus souvent d'une façon brusque et rapide.

Comme les paralysies consécutives aux maladies aiguës, le délire est *précoce* ou *tardif*, c'est-à-dire qu'il apparaît pendant l'évolution de la maladie ou ne se développe que pendant la convalescence.

Pour expliquer la cause de ces délires, on a tour à tour admis l'existence de congestion, d'anémie du cerveau, l'influence de l'altération du sang, etc. D'après l'auteur, toutes les maladies aiguës se ressemblent par un point commun et se traduisent par une *irritation périphérique*. Celle-ci, retentissant sur le cerveau, peut produire le délire par phénomène réflexe (?). Il en est de même pour les *paralysies réflexes* qui, d'après Brown-Séquard, se produisent par la réflexion des impressions périphériques sur les nerfs vasomoteurs spinaux, et par l'abolition consécutive des propriétés physiologiques de la moelle. L'impression périphérique peut également se réfléchir sur les nerfs vaso-moteurs intra-cérébraux, déterminer des troubles circulatoires et donner lieu aux phénomènes cérébraux consécutifs aux maladies aiguës.

La médication ne diffère en rien de celle des autres formes de folie et ne renferme comme indication particulière que le traitement des lésions accessoires produites par la maladie aiguë (congestion, anémie, etc.).

HENRI HUCHARD.

On athetosis, or imbecility with ataxia (De l'athétosis, ou imbécillité avec ataxie), par le Dr T. Clay SHAW. (*St-Bartholomew's Hospital Reports, vol. IX*, 1873, *p.* 130.)

Sous le nom d'*athetosis*, Hammond (de New-York) a décrit le premier une affection particulière de la motilité, qui se développe chez des sujets déjà parvenus à un certain âge et dont la santé, notamment en ce qui concerne l'influence de la volonté sur les muscles, n'a jamais cessé d'être bonne. A une époque postérieure, Gairdner a traité la même question ; mais l'auteur n'avait pas encore lu la description tracée par Hammond, lorsqu'il lui fut donné d'observer un petit nombre de malades imbéciles que les traits, le développement physique et le mode d'action de certains groupes musculaires permettaient d'assimiler les uns aux autres. L'affection dont il s'agit, d'ailleurs très-rare, consiste dans l'action lente, mais continue et rhythmique, de tels ou tels extenseurs ou fléchisseurs, action qui rend le malade incapable de tenir fixée la partie mise en mouvement par ces muscles. En conséquence de l'incoordination musculaire, les patients ne peuvent se rendre, ou rendre aux autres, que des services restreints. Quant au terme d'*imbécillité*, il faut se garder de croire qu'il réponde au même état que celui des imbéciles et des idiots des maisons d'aliénés : les imbéciles en question possèdent souvent une grande intelligence naturelle, seulement le trouble de leurs fonctions motrices les a empêchés d'apprendre un état, et, s'ils n'ont ni protecteurs ni fortune, ces asiles sont leur unique ressource. De même que,

chez certains individus, le défaut d'un sens spécial entrave le développement intellectuel, ce développement est gêné, dans l'espèce, par les obstacles que suscite le mouvement incessant caractéristique de la maladie.

Les contractions n'offrent pas une apparence désordonnée comme dans la chorée ou l'hystérie, et ne produisent pas une trémulation comme dans la paralysie agitante ou dans diverses formes de sclérose ; elles sont régulières et quelque peu susceptibles de subir l'influence de la volonté. Tantôt le poignet se fléchit, tantôt il s'étend et souvent les doigts prennent une position opposée à celle du poignet ; il peut arriver encore que les doigts soient, simultanément, les uns étendus, les autres fléchis. D'après Hammond, en désaccord sur ce point avec Gairdner, le sommeil n'amènerait pas de suspension.

L'auteur a rencontré dans les muscles de la face, de la tête et du cou, des mouvements semblables à ceux que Gairdner et Hammond paraissent n'avoir observés que dans l'avant-bras et les doigts. Il insiste sur les étranges modifications que subit, dans le premier cas, l'expression du visage, modifications parfaitement indépendantes des émotions morales qu'elles dénoteraient chez un sujet sain. Plusieurs de ses malades ont présenté, vers les extrémités inférieures, des phénomènes analogues à ceux qu'on a signalés dans les membres thoraciques : parfois la démarche des patients rappelait celle qui est liée à la paralysie générale, et, d'autre fois, il s'agissait d'un défaut de coordination joint à une distorsion du bassin ; cette distorsion était produite par une incurvation du rachis, laquelle consistait en une courbure primitive de la région dorsale, accompagnée de courbures secondaires des régions cervicale et lombaire.

Clay Shaw a-t-il seulement ajouté des détails à l'histoire de l'état morbide indiqué par Hammond et Gairdner ? N'aurait-il pas plutôt rencontré une affection nouvelle, bien que voisine de celle qu'ont visée ces deux savants ? Vouloir dès aujourd'hui trancher la question serait, sans doute, inopportun ; mais on doit reconnaître que les sept cas mentionnés par Shaw dans son travail, avec figures explicatives à l'appui , s'éloignent , à plus d'un égard, des observations du médecin américain. Si le désordre des mouvements paraît avoir été le même dans les deux catégories de faits, Shaw n'a point relevé chez ses malades les importants phénomènes qu'Hammond a notés sur les siens, savoir des accidents épileptiformes, des troubles cérébraux, du tremblement de la langue, un engourdissement du côté affecté, des douleurs dans les muscles compromis. « Les phénomènes, dit Hammond, trahissent l'implication des ganglions intra-crâniens et de la partie supérieure de l'axe médullaire, en même temps qu'ils rappellent, par voie d'analogie, la sclérose cérébro-spinale et la chorée. C'est

probablement dans le corps strié que siége le mal.» Tout bien considéré, Clay Shaw préconise pour l'affection d'ordinaire congénitale qu'il signale à ses lecteurs la désignation d'imbécillité avec ataxie, réservant le nom d'athétosis au cas où les troubles musculaires ont été précédés par une période de santé.

L'auteur achève son mémoire en s'attachant à poser les bases du diagnostic différentiel.

Au premier abord, l'imbécillité avec ataxie ressemble beaucoup à la chorée ; mais, dans la première, point d'antécédents choréiques, point d'affection du cœur, point de soubresauts rapides, soudains, incohérents, inattendus : les mouvements sont constants et réguliers, ils ont quelque chose de glissant et de lié qui rappelle les contractions péristaltiques d'un muscle lisse. Parole brusque chez les choréiques , débit traînant chez les imbéciles ataxiques. La chorée prolongée mène à la démence plus ou moins complète, l'imbécillité liée à l'ataxie est congénitale et tend plutôt à la diminuer. La chorée est justiciable des ressources de l'art, mais l'autre affection est incurable et ne change aucunement sous l'influence des toniques ou du galvanisme, quoiqu'elle ne nuise pas à la santé générale et permette une longue existence.

Les imbéciles ataxiques seront aisément distingués des idiots et des imbéciles ordinaires ; contrairement à ce qui se voit chez ceux-ci, leur tête, leurs dents, leurs oreilles, leur palais n'ont rien d'anormal, et l'on ne trouve pas que leur constitution soit entachée de rachitisme, de scrofule ou de syphilis.

Ils ne seront pas davantage confondus avec les sujets qui, par suite d'un ramollissement ou d'une épilepsie précoces, ont une contracture des muscles de la face et des extrémités d'un côté.

L'anatomie pathologique est tout entière à faire. Quand on aura l'occasion de pratiquer une autopsie, c'est surtout vers la partie cervicale de la moelle, le noyau de la septième paire de nerfs, et dans les corps striés, qu'il faudra chercher des lésions.

P. GINGEOT.

Ueber das Verhältniss des Körnchenzellen-Myelitis zur progressiven Paralyse der Irren (De l'importance de la myélite avec corps granuleux dans la paralysie progressive des aliénés), par RABENAU. (*Arch. für Psych. und Nervenkr.*, *IV Band*, 2 *Heft.*)

Au début, quand on a voulu tracer l'histoire de la paralysie progressive des aliénés, on s'est plus particulièrement appuyé sur l'observation clinique, et, pour rendre plus facile la description de la maladie, les auteurs ont subdivisé les symptômes en deux groupes principaux : au premier appartiennent la démence, le

délire ambitieux et hypochondriaque ; les troubles de la motilité et de la sensibilité forment le second. Or, tandis que les manifestations délirantes étaient l'objet d'analyses très-intéressantes, les accidents paralytiques se trouvaient le plus souvent laissés dans l'ombre, car on les considérait comme accessoires ; ils peuvent manquer dans certaines circonstances. Une seule lésion cérébrale avait été tout d'abord indiquée pour expliquer l'apparition de tous ces phénomènes : l'épaissement et l'adhérence des méninges à la couche corticale ramollie. Cette interprétation n'a plus été acceptable le jour où des autopsies ont montré une dégénération grise des cordons postérieurs de la moelle chez des paralytiques, qui avaient présenté de l'ataxie pendant leur vie. La sclérose des cordons postérieurs rend compte du *tabes dorsalis*, mais ne donne pas la raison de certains autres troubles de la motilité. Westphall est alors venu s'attacher à démontrer dans la paralysie générale l'existence d'une lésion analogue à celle que l'on rencontre dans quelques maladies chroniques de la moelle.

Sur des coupes minces de cet organe examinées au microscope, il a trouvé des corps granuleux réunis en grand nombre dans les cordons latéraux ; avec les mêmes préparations, durcies dans une solution de bichromate de potasse, on reconnaît que les portions malades se distinguent des parties demeurées saines par une teinte plus claire. Le travail de Rabenau a pour but spécial de prouver que dans la paralysie générale les phénomènes paralytiques dépendent d'une variété de myélite. La myélite manque là où les symptômes paralytiques font défaut. Pour éviter une confusion fâcheuse, il faut avoir soin d'écarter certains faits que des auteurs rapprochent par suite d'un diagnostic douteux ou erroné (observations d'alcoolisme chronique à symptômes complexes, lésions cérébrales à foyer, tumeurs du cerveau) ; il n'est pas question non plus des cas de paralysie générale, dans lesquels on a seulement constaté de la démence et du délire.

Quand chez des aliénés paralytiques on a noté dans le cours de leur affection des troubles de la motilité, l'examen microscopique de la moelle révèle à l'autopsie une myelite caractérisée par des corps granuleux, répandus en certain nombre dans toute son étendue, mais plus particulièrement dans les cordons latéraux : ces corps granuleux se trouvent souvent également dans les pyramides, le bulbe, la protubérance, et les parties profondes de l'encéphale : dans deux observations très-complètes, suivies de nécropsie, Rabena au vu que ces corps granuleux formaient un foyer de ramollissement dans la couronne ou tige rayonnante, entre le corps strié et le noyau lenticulaire, avec un prolongement dans le centre de Vieussens.

La relation entre la lésion cérébrale et la lésion médullaire paraît évidente : l'anatomie pathologique vient éclairer la clinique ;

il s'agit donc d'une myélite, qui peut être rapprochée de la myélite secondaire, consécutive à un ramollissement. Ses foyers cérébraux, rencontrés chez les paralytiques, étant très-petits, invisibles à l'œil nu, peuvent être facilement méconnus ; il en est de même des corps granuleux, quand on néglige d'apporter à leur recherche un soin suffisant. Ainsi s'expliquerait comment passent souvent inaperçues des altérations de certaines parties de l'axe encéphalo-rachidien, qui sont en connexion intime avec les régions du cerveau et de la moelle primitivement envahies. Pour caractériser la myélite, on doit constater dans la moelle la présence de corps granuleux libres. On peut en rencontrer quelques-uns adhérents aux vaisseaux à la suite des maladies les plus différentes, sans que pendant toute leur durée aucun accident paralytique ait été signalé.

Dans 26 autopsies, pratiquées par Rabenau, les pyramides contenaient vingt fois des corps granuleux ; deux fois l'examen n'avait pu être fait ; donc il est de règle que les pyramides soient atteintes, mais l'exception existe.

Pour d'autres organes, comme le pont de Varole, les pédoncules cérébraux, les résultats ne sont pas aussi nets : la question doit être réservée et demande des recherches ultérieures.

BOUCHEREAU.

Épilepsie et démence, développées chez les jeunes chiens à la suite de l'empoisonnement aigu et chronique par la quinine. — Le chien dément et somnambule, par le prof. JAKUBOWICZ. (*Nouvelliste médical de St-Pétersbourg,* 1873.)

Le professeur Jakubowicz, ayant découvert dans ses expériences avec la quinine que cet alcaloïde, administré aux jeunes chiens, déterminait toujours chez eux des accidents d'épilepsie convulsive, se posait les questions suivantes :

1° Est-il possible de développer chez les chiens, soumis pendant un certain temps à l'influence des attaques épileptiques, des troubles de l'intelligence ou un changement quelconque dans la sphère de leur « activité psychique, » ressemblant aux formes nombreuses de la folie épileptique chez l'homme ?

2° La relation entre les deux états morbides, savoir : l'épilepsie et la folie, est-elle fatale ?

A ces deux questions, les expériences ont donné à M. Jakubowicz une réponse affirmative sur tous les points. Un jeune chien atteint depuis deux mois d'attaques d'épilepsie artificielle est arrivé au bout de ce temps à l'état de démence complète.

Par les mêmes procédés, M. Jakubowicz a obtenu différentes formes de « troubles psychiques » chez les chiens, entre autres.

cette névrose que les pathologistes désignent sous le nom de grande chorée (*chorea magna*) et qui est connue dans le public sous la désignation de somnambulisme.

Les expressions telles que démence chez les chiens, troubles psychiques chez les animaux, peuvent paraître — vu leur application — improprement employées par l'auteur. Nous n'avons ni à les défendre ni à les condamner. Seulement, pour donner à ceux qui liront cet article la possibilité de juger par eux-mêmes, si le rapprochement qu'a fait l'auteur entre les troubles psychiques consécutifs à l'épilepsie chez l'homme et les phénomènes qui succèdent à l'empoisonnement par la quinine chez les chiens — est juste, il nous paraît nécessaire de donner quelques détails sur les expériences de ce savant.

Voici ces expériences :

Si on donne à un chien, âgé d'un mois et demi à quatre mois (1), vingt-cinq à soixante-quinze centigrammes de quinine, après une heure et demie au plus (2), l'effet de cet alcaloïde se manifeste par un phénomène constant : l'accès d'épilepsie convulsive. M. Jakubowicz conclut que c'est la vraie épilepsie d'après les signes suivants :

Au commencement de l'accès, chute sur l'un des deux côtés, perte instantanée de connaissance, « caractérisée par la perte de la sensibilité réflexe, dilatation des pupilles, sans qu'elles réagissent à la lumière, convulsions toniques d'abord cloniques des muscles de la face, du corps et des extrémités, renversement des globes oculaires, difficulté de la respiration, ronflement, écume à la bouche et délire pendant le sommeil qui termine la scène. Le délire est reconnaissable à la face, qui a une expresssion gaie ; l'animal montre les dents, ses pattes font des mouvements comme pour courir. On voit quelquefois des selles involontaires. Tout cela dure un tiers ou un quart de minute.

Dans l'empoisonnement chronique, lorsque l'épilepsie a duré un certain temps, on remarque des phénomènes nouveaux, même en dehors de l'accès. Le chien devient irritable, d'une grande impressionnabilité aux influences extérieures, il se fâche facilement, il est craintif, son train postérieur est paralysé. En même temps on observe le hoquet, la distension de l'intestin, une grande répulsion pour la viande. Le sommeil qui termine l'accès dans l'empoisonnement aigu manque complétement, il est remplacé par une grande anxiété que M. Jakubowicz compare à la manie épileptique chez l'homme (*mania epileptica*). Voilà en quoi elle consiste : immé-

(1) Les chiens âgés au-dessous d'un mois et au-dessus de quatre, sont impropres aux expériences. C'est pourquoi, d'après M. Jakubowicz, P. Briquet en expérimentant avec la quinine sur les chiens adultes, n'a pu obtenir des accès épileptiques vrais.

(2) Le même effet est obtenu avec la moitié de la dose et deux fois plus rapidement par la méthode sous-dermique.

diatement après les convulsions, le chien se relève avec rapidité et commence à courir en avant et en arrière en poussant des cris plaintifs, il change à chaque instant de place et montre une grande inquiétude. Si on continue l'administration de la quinine, la dépression de « l'activité psychique survient, le chien devient automatique, il ne manifeste aucun désir, il n'a plus de volonté, en un mot il devient dément ; » mais avant d'arriver à la démence complète, l'animal a présenté à deux reprises, les accidents de la grande chorée (*chorea magna*) que M. Jakubowicz croit avoir observés chez les animaux.

HENSZEL.

TRAVAUX A CONSULTER.

Quelques mots sur l'alcoolisme, par le Dr J.-F. TROYON. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Le Dr Troyon consacre la première partie de sa thèse à une étude de physiologie pathologique de l'alcoolisme. Après avoir examiné les diverses théories émises sur l'action de l'alcool, il rappelle les expériences comparatives sur l'action de l'alcool et de l'absinthe. Comme démonstration clinique concordant avec la physiologie expérimentale, il cite deux cas d'alcoolisme avec absinthisme chez l'homme, dans lesquels aux accidents habituels de l'alcoolisme se sont ajoutées des attaques d'épilepsie sous l'influence de l'abus de l'absinthe.

L'auteur, après avoir esquissé à grands traits les caractères généraux de l'alcoolisme, rapporte huit observations recueillies à Bicêtre. Il discute à propos de ces faits le degré de responsabilité des alcooliques, et comme tous les malades dont il est question ont des hallucinations et du délire, l'auteur conclut naturellement à leur irresponsabilité. Dans ces conditions, la question médico-légale est en général facile à résoudre, mais la difficulté réside surtout dans l'appréciation des actes commis par les individus en état d'ivresse. M.

De l'alcoolisme chronique terminé par la paralysie générale, par le Dr GAMBUS. (*Thèse de Paris*, 1873, *A. Delahaye*.)

L'alcoolisme chronique peut aboutir à la démence ou à la paralysie générale, c'est ce dernier mode de terminaison que le Dr Gambus s'est appliqué à faire connaître. Il expose d'abord l'opinion de la plupart de ses devanciers qui, pour certains cas, accordent aux excès de boissons un rôle principal dans la production de la paralysie générale ; s'appuyant

ensuite sur des recherches déjà connues de physiologie pathologique de l'alcoolisme et sur les nouveaux faits cliniques exposés dans sa thèse, l'auteur établit que sous l'influence des boissons alcooliques, deux ordres de lésions tendent à se produire : 1° la dégénérescence graisseuse des organes et l'athérome vasculaire; 2° des inflammations interstitielles chroniques diffuses qui peuvent s'installer dans différents organes (foie, reins, centres nerveux), mais qui, lorsqu'ils se montrent dans le cerveau, donnent naissance aux lésions habituelles de la paralysie générale.

L'auteur rapporte plusieurs faits dans lesquels on suit pas à pas la marche progressive de l'alcoolisme chronique vers la paralysie générale. Ces observations, recueillies avec soin, offrent de l'intérêt non-seulement au point de vue spécial où s'est placé l'auteur, mais encore par l'étude de quelques points relatifs au pouls, à la température et aux lésions anatomiques chez ces malades.

M.

Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica (L'anatomie pathologique de la démence paralytique), par le prof. Ludwig MEYER, de Göttingen. (*Arch. für path. Anat. und Phys., LVIII, livr.* 2.)

Dans ce mémoire, l'auteur se propose de compléter les résultats de recherches antérieures sur *les modifications du cerveau dans la paralysie générale progressive* (Centralbl. für med. Wissensch. 1867 nº 9). Il pense que ces faits nouveaux contribueront à fonder l'idée que cette maladie n'est autre chose qu'un processus pathologique très-commun dans d'autres organes, autrement dit une inflamation interstitielle chronique. La maladie étant le plus souvent éminemment chronique, le pathologiste se trouve en présence de lésions complexes dont la subordination pathogénique a été souvent décidée d'une manière arbitraire. C'est ainsi que l'épanchement dans les méninges, puis l'atrophie du cerveau ont été tour à tour considérés comme la lésion initiale. Pour éviter aux recherches histologiques de semblables méprises, l'auteur n'a considéré comme pathognomoniques, que les altérations observées constamment avec le développement des premiers symptômes. Il a étudié ces altérations dans 20 cas dont l'évolution a été très-courte; éliminant tous ceux où il y avait déjà atrophie cérébrale manifeste. Nous négligeons les descriptions macroscopiques pour ne donner ici que le résultat de ses recherches histologiques.

En dissociant des fragments de cerveau malade dans l'acide chromique étendu ou le bichromate de potasse, on trouve autour des capillaires, des dernières artérioles et des premières radicules veineuses, des proliférations cellulaires luxuriantes, indépendantes de la paroi; car avec adresse et patience on parvient à isoler les cellules. Celles-ci ont à peu près la grandeur des corpuscules blancs du sang, une forme ronde ou ovale et un noyau pourvu de deux nucléoles; quelquefois elles présentent à chacun de leur pôle un prolongement fibrillaire. Ces cellules ne se trouvent que près des vaisseaux autour desquels elles forment des graines complètes et continues, qui en effacent plus ou moins la lumière, ou des amas irréguliers ressemblant à des excroissances latérales multiples. Il

ne semble pas à l'auteur que les éléments histologiques des vaisseaux prennent part à cette prolifération ; il n'a pas non plus constaté de signes de multiplication dans les corpuscules de la névroglie, ni dans les cellules ganglionnaires, ni enfin dans les éléments lymphatiques qui entourent les vaisseaux du cerveau. — Par conséquent, les amas cellulaires en question ne paraissent pas provenir de cellules préexistantes.

Ces néoformations périvasculaires, limitées dans la première période de la maladie à la substance grise, gagnent plus tard la substance blanche, puis les ganglions cérébraux, les pédoncules et même la moelle allongée. Au fur et à mesure que la maladie vieillit, elles subissent les transformations suivantes : A) les cellules se fondent ensemble et viennent constituer autour des vaisseaux et surtout des capillaires des tubes épais, clairs, homogènes, où toute trace d'organisation a disparu, et où l'acide acétique fait apparaître de nombreux noyaux atrophiés; B) elles subissent la dégénérescence graisseuse ; C) elles s'imprègnent de graisse et de sels calcaires, et forment autour des vaisseaux un tissu épais et rigide. Toutes ces altérations sont éminemment préjudiciables à la circulation. Déjà, de bonne heure, les capillaires et les petits vaisseaux artériels présentaient des ectasies cylindriques, fusiformes et même des anévrysmes disséquants ; le sang extravasé dans ce cas se trouve infiltré entre la paroi vasculaire et la gaîne formée par les cellules proliférées. Dans quelques cas les extravasats envahissent les amas cellulaires ambiants et y forment des séries linéaires de corpuscules rouges qui éveillent l'idée d'expansions latérales du vaisseau, mais l'auteur s'est convaincu qu'il n'y avait pas de néoformations vasculaires.

Quant à la rareté des hémorrhagies cérébrales, signalée depuis Calmeil, dans la paralysie générale progressive, l'auteur l'explique par les altérations histologiques précédentes. Les cellules proliférées autour des vaisseaux leur forment des sortes de compresses qui opposent une barrière sérieuse aux extravasats, et s'il y a, comme cela se présente souvent, des hémorrhagies miliaires, celle-ci ne s'étendent jamais au delà des limites des amas cellulaires au milieu desquels le sang se coagulant consolide la résistance des extravasats ultérieurs.

L'auteur décrit ensuite les altérations des cellules de la névroglie et des cellules ganglionnaires ; jamais dans ces éléments il n'a surpris les indices d'un travail de multiplication : on n'y voit que des processus rétrogrades, atrophiques, il en est de même des fibres de la substance blanche.

A. KELSCH.

Studien über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaumes und deren Hergang bei der progressiven Paralyse der Irren (Études sur les altérations de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale), par A. LUBIMOFF. (*Arch. für path. Anat., LVII,* 371-421, *pl VIII, IX,* 1873.)

L'auteur, élève de Meynert, a étudié avec soin 14 cerveaux de paralytiques généraux, et il décrit dans ces cas, des altérations histologiques qui confirment les recherches faites par d'autres auteurs relativement aux altérations des vaisseaux et des éléments de la névrologe.

Le point le plus important de son étude est celui qui se rapporte à

l'état des cellules nerveuses. On sait, en effet, que quelques auteurs soutiennent encore, malgré les recherches de Meynert, Hoffmann, Meschede que ces éléments ne sont pas atteints dans la paralysie générale.

L'auteur décrit deux variétés d'altérations des cellules ganglionnaires.

La première est caractérisée par le gonflement et la désagrégation de l'élément; la deuxième par une sorte de sclérose.

Dans le premier cas, le noyau paraît très-gonflé et le protoplasma ne forme plus qu'un amas relativement très-peu abondant. Le noyau contient souvent deux ou plusieurs nucléoles, ou bien il se divise; de sorte que la cellule nerveuse possède deux noyaux qui ne se colorent plus que faiblement par le carmin, caractère déjà indiqué par Hoffmann.

Le protoplasma de ces cellules ainsi altérées offre les divers degrés de la désagrégation moléculaire (Meynert).

Dans le second processus (sclérose), la cellule nerveuse prend la forme d'une masse homogène, scléreuse, dans laquelle le noyau, et quelquefois aussi le nucléole ne peuvent plus se distinguer.

Le protoplasma de ces éléments perd son apparence finement granuleuse normale ; la cellule est devenue fortement réfringente et présente un double contour très-accentué.

Les cylindres d'axe sont épaissis et hypertrophiés. G. H.

On the anatomical investigation of epilepsy and epileptiform convulsions (De la recherche du siége des lésions dans l'épilepsie et les convulsions épileptiformes), par Hughlings JACKSON. (*Brit. med. Journ.*, 10 *mai* 1873.)

Dans ce travail, que l'auteur paraît vouloir poursuivre, il essaye de délimiter le sujet des lésions cérébrales dans des cas de convulsions partielles et limitées, en s'étayant, pour arriver à ce résultat, sur des expériences faites par le Dr Ferrier et sur des observations qui lui auraient démontré l'existence d'une lésion très-limitée de la première circonvolution cérébrale dans un cas de convulsion du bras droit, et dans un autre cas de convulsions généralisées débutant par le pied gauche; dans le premier cas la lésion était en haut et en arrière de la circonvolution, dans le second on trouvait cette lésion à la partie inférieure de cette même circonvolution. (Voir à la Physiologie l'analyse du travail de Ferrier.) A. G.

Lecture on hypochondriasis, par Thomas KING CHAMBERS (*Brit. med. Journ.* 5 *juillet* 1873.)

Dans cette leçon à la fois littéraire, humoristique et scientifique, forme qu'affectionnent si particulièrement les médecins anglais, l'auteur fait la description de cette maladie d'après quelques observations personnelles. Après avoir établi que dans cette bizarre maladie le système nerveux n'est intéressé que par une expression anormale de la sensibilité et non

par une altération intellectuelle, il passe en revue ses divers aspects : d'abord la soudaineté avec laquelle apparaissent les premiers signes, la précocité de son apparition; l'auteur, en effet, aurait observé le début de la maladie même dans l'enfance ; l'intelligence aussi paraît bien plus développée, les professions sédentaires ne joueraient pas dans la production de la maladie un rôle plus considérable que celle dans lesquelles l'exercice corporel est prédominant. Un signe commun de la maladie serait une faiblesse temporaire des muscles de la vie de relation, ce que l'auteur appelle *paresis subitanea.*

Les membres inférieurs seraient plus fréquemment affectés que les autres parties du corps, les malades qui peuvent se tenir debout sans trop de fatigue ni de vertige, ne peuvent continuer à marcher et s'y refusent absolument. Cette faiblesse envahirait aussi les muscles de la vie organique, d'où la paresse digestive si commune chez les malades. Enfin surviendraient la plupart des signes objectifs, aberrations intellectuelles différentes suivant les malades. Les fonctions génitales peuvent être aussi très-altérées pendant le cours de cette maladie et certains sujets deviennent parfois tout à fait impuissants. Les urines sont souvent acides et troubles, ce qui est dû à la présence des sels en aussi grande quantité, comme cela se remarque si souvent chez les dyspeptiques. A la fin, ces malades se croient atteints de véritables affections organiques qu'ils rapportent, suivant le siége de leurs souffrances, à divers organes. Bien que l'anatomie pathologique n'ait qu'une part restreinte dans l'historique de la maladie, l'auteur fait remarquer que ces sujets peuvent succomber plus tard à une véritable lésion organique dont l'éclosion est favorisée par la faiblesse où tombent souvent ces malades. La partie thérapeutique de ce travail ne présente rien de particulier. A. GOUGUENHEIM.

Ueber Cretinismus und Microcephalie, par KLEBS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 38.)

Voici les conclusions de ce mémoire lu le 7 juin dernier à la Société physico-médicale de Wurzbourg :

1° *Crétinisme.* — Il ne consiste pas seulement dans la lésion si caractéristique du système osseux, car on trouve chez les familles des crétins toute une série de troubles nerveux plus ou moins marqués, qui, sans aucun doute, doivent se rapporter à la même cause. L'altération du tissu osseux consiste en un arrêt prématuré de l'ossification aux extrémités de la diaphyse. La synostose précoce, indiquée surtout par Virchow, n'est pas la cause des déformations osseuses du crétinisme, puisque les mêmes déformations peuvent exister avec et sans synostose et qu'inversement on rencontre chez l'enfant cette synostose avec ou sans déformation des os. En regard de cet arrêt général dans l'accroissement en longueur du squelette, se trouve un développement exagéré des parties molles, particulièrement des téguments, des muqueuses buccale, pharyngienne et linguale. Du côté du cerveau, dont l'état est d'ailleurs très-mal connu, il paraît y avoir aussi une hyperplasie immodérée. Cependant cette dernière peut manquer, et avec elle les troubles nerveux (crétinisme sans idiotie).

2° *Microcéphalie.* — Souvent les mères racontent avoir éprouvé pen-

dant leur grossesse des crampes utérines plus ou moins violentes (sans phénomènes inflammatoires). Les microcéphales présentent fréquemment d'autres lésions locales telles que luxation congénitale des deux radius, absence de la première côte droite, sutures anormales du côté gauche de l'arcade maxillaire inférieure, trouble congénital de la cornée gauche, arrêt de développement de la portion antérieure du crâne, bec-de-lièvre, doigts surnuméraires. Toutes ces lésions doivent être rapportées à une pression intra-utérine anormale. La microcéphalie rentre donc, à la suite de l'anencéphalie dans le groupe important des atrophies par compression, et la cause doit en être recherchée dans une affection utérine, probablement spasmodique et souvent transitoire. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que tous les microcéphales ne sont pas idiots. J. B.

Case of athetosis (Cas d'athétosis), par le Dr H.-S. PURDON. (*Brit. med. Journ.*, 27 *sept.* 1873.)

Un exemple de cette rare affection, décrite pour la première fois par Hammond, de New-York, vient d'être publié par l'auteur. Le caractère principal de la maladie consiste surtout dans l'impossibilité pour le malade d'arrêter un mouvement continuel des doigts et des orteils, même pendant le sommeil.

Le malade est un tailleur, âgé de 54 ans, souffrant de faiblesse et de tremblement des quatres membres, analogue à celui de la paralysie agitante, mais plus lent, le pouce et le petit doigt étant surtout intéressés; il n'y a pas de douleur et les muscles sont bien développés. Le pronostic est sérieux, et le Dr Hammond ne connaît pas de moyen curatif. Quant à l'anatomie pathologique, elle est inconnue. (Voir plus haut l'analyse du travail de Shaw.) A. G.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Sopra alcuni argomenti psychiatrici (Etudes de psychiatrie) par le Dr Giliforti, Palermo. (*Lo Sperimentale,* fasc. 9, p. 349.)

Statistik der Geisteskranken und Idioten im Kanton Bern (Statistique des aliénés, etc...), par le Dr Fetscherin. Berne.

Internationaler medicinischer Congress in Wien, gesonderte Berathung der Psychiatres und Gerichts-Aerzte. (Compte rendu sommaire des travaux de la section de Psychiatrie, au congrès de Vienne. (*Psychiatrisches Centralblatt*, septembre, nos 8 et 9.)

Lectures on madness in its medical, legal and social aspects (Leçons sur la folie, etc.), par Edgar Sheppard. Londres, J. et A. Churchill, édit,

---

Ueber Irresien bei Militairpersonen, welches es nach dem Feldzuge von 1870-71 beobachet hat (De la folie qui a été observée chez des militaires, à la suite de la campagne de 1870-71 par Nasse, avec des observations d'Arndt.) (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Ueber die Prognose in Seelenstörungen. (Du pronostic dans les affections mentales), par Böttged de Carlsfeld. (*Der Irrenfreund*, nº 7. Coblenz.)

Die Reaktion des Nerven und Muskelsystems Geisteskranker gegen Electricität (Action de l'électricité, par les courants induits, sur les nerfs et le système musculaire dans les maladies mentales, par Tigges. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 30 Band, 2e heft.)

La dinamometria degli alienati e dei criminali (La dynamométrie chez les aliénés et les criminels), par le Dr L. Frigeria. (*Rivista clinica*, nº 1, p. 15.)

La folie héréditaire, par Legrand du saulle. (Paris, A. Delahaye.)

Insanity and intemperance, par le Dr Yellowless. (*Brit. med. Association, Brit. med. Journ.*, 4 oct.)

On Anesthesia, Hyperesthesia, Pseudo-Aesthesia, chiefly a met with among the insane (De l'Anesthésie, de l'Hyperestésie, et de la Pseudo-esthésie, étudiées principalement chez les aliénés), par A. F. Brocone. (*British and Foreign Medico-chirurgical Review*, octobre, p. 441.)

Imbecillità. Atrofia cerebrale e mancanza del corpo calloso (Imbécillité. Atrophie cérébrale et absence du corps calleux), par le Dr Hugues Palmerini. (*Archivio ital. per le malat. nervose.* fasc. V, 1872. — *Rivista di med., di chir., di terap.*, de Milan, 15 mai, fasc, 9e.)

Uber einige Fälle von Gehirngeschwülsten bei Geisteskranken (Communication sur quelques cas de tumeurs cérébrales chez des aliénés, par Ripping. (*Allgemeine Zeitschriff für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Lypémanie avec aphasie et amnésie temporaire en corrélation avec la dia thèse rhumatismale par le Dr Raymond. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.* nº 43.)

Ueber Katalepsie und Psychose (De la catalepsie et des psychoses) par Arndt de Greifswald. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft,)

Ueber Tetanie und Psychose, par Arndt. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Ueber Verfolgungswahnsinn in frühen Kindsalter (Du délire de persécution dans la première enfance), par Meschede de Schwetz. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Uber den melancholischen Angstanfall (De l'accès d'angoisse mélancolique), par Arndt. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dressigster Band, erstes Heft.)

Ueber Dementia Senilis, par Güntz, (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Ein Fall von saturniner Epilepsie mit Geistesstörung (Un cas d'épilepsie saturnine avec troubles de l'intelligence), d'après un cours du prof. Max Leidesdorf. (*Allg. Wien. med. Zeits*, nº 44.)

Ueber den status epilepticus, par H. Obersteiner. (*Wiener med. Wochenschrtft*, n° 23.)

Pronostic et traitement de l'épilepsie, — mode d'emploi des bromures alcalins, par Legrand du saulle, 5e édit. (Paris, A. Delahaye.)

Observation d'épilepsie d'origine traumatique, par Ostermann. (*Psychiatris. Centralblatt*, 25 mai 1873, n° 7.)

Tentative de suicide par pendaison et par le poison; mutilation de la verge; fracture du larynx, emphysème consécutif; 2e tentative de suicide, mort, par M. Chevallier. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 423.)

Folie ramenée à ses éléments primitifs par une maladie incidente, par le Dr Berthier. (*Tribune méd.*, 19 octobre.)

Psychische Störungen im Verlaufe akuter Krankheiten (Troubles psychiques dans le cours des maladies aiguës), par le Dr Panthel d'Ers. (*Memorabilien*, 5e fasc. Heilbronn.)

On the relation between heart-disease and insanity (De la relation entre les maladies du cœur et la folie), par W. Burmann. (*Report of the West Riding Lunatic Asylum*, vol. 3, p. 216.)

Typhus und Geisteskrankheiten (Relations de la fièvre typhoïde avec les affections mentales), Mendel, Sander, Zulzer. — Société de Hufeland, séance du 28 février 1873. (*Berliniklin. Wochens*, n° 33.)

Clinical lectures on the nervous mimicry of organic diseases (Leçons cliniques sur la simulation nerveuse des maladies organiques), par sir James Paget. (*The Lancet*, 11 oct., II, p. 511.)

Simulirte Geisteskrankheit (Simulation d'aliénation mentale, rapport médico-légal) par Scholz. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 30 band, 2 Heft.)

Sur le delirium tremens et l'alcoolisme, par A. P. Brown. (*Philad. med. and surg. Reporter*, Avril.)

Aerztliches Gutachten über den Gemüthszustand der Frau H. in M. St J. bei Tödlung ihres eignen achtjährigen Kindes. (Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme H... coupable de meurtre sur la personne de sa propre enfant, âgée de 8 ans), par le Dr J. H. Leopold, méd. du parquet à Glauchau.

Casuistik. ein Prophet in Zuchthause (Rapport sur l'état mental d'un aliéné), par Born. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dreissigster Band, erstes Heft.)

Vorläufige Mittheilung über Apomorphin-injectionen bei Geisteskranken (Communication préliminaire sur les injections d'apomorphine dans les affections mentales), par Gellhorn de Halle. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dressigster Band, erstes Heft.)

Des fous dans l'Etat de New-York, par C. S. Hogt. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

ANALYSES.

Ueber vorzeitige Athembewegungen in forensischer Beziehung (Des mouvements respiratoires prématurés envisagés au point de vue médico-légal), par le prof. Edouard HOFMANN, d'Innsbruck. (*Vierteljahrs. f. gerichtl. Med. u. œffentl. Sanit.*, 1873, *oct.*)

Un fait bien établi aujourd'hui, c'est qu'il peut se produire chez le fœtus, avant la naissance, des mouvements inspiratoires, lorsque l'échange des gaz qui s'opère normalement par l'intermédiaire du placenta et du cordon ombilical, se trouve prématurément interrompu par une cause quelconque. Mais la question vraiment intéressante pour le médecin légiste, est la suppression prématurée de la respiration placentaire pendant le travail de l'accouchement qui peut survenir par la compression du cordon, par son entortillement, par le décollement précoce du placenta. Si ces causes persistent un certain temps, elles amènent d'abord l'asphyxie par suffocation, puis la mort elle-même.

La mort du fœtus est précédée d'efforts respiratoires qui restent infructueux, mais qui laissent dans les organes des traces très-caractéristiques. Les plus importantes de ces lésions occupent l'appareil respiratoire. Nous ne ferons que mentionner l'augmentation des dimensions de la cage thoracique, pour arriver immédiatement aux altérations bien autrement marquées des poumons et des bronches. Elles consistent dans l'*aspiration des liquides fœtaux* et dans l'*augmentation du contenu sanguin des poumons* avec phénomènes de stase dans ces organes.

La quantité des liquides aspirés et leur diffusion plus ou moins grande dans les bronches et les poumons varient suivant les circonstances; mais toutes choses égales d'ailleurs, il est évident que ces fluides pénétreront d'autant plus abondamment et plus profondément dans les voies respiratoires, que les mouvements d'inspirations auront été plus énergiques et plus répétés ; parfois les poumons, jusque dans leurs dernières ramifications bronchiques, sont comme injectés avec les éléments constituants des liquides fœtaux, et déjà, à l'examen extérieur de ces viscères, on aperçoit sous la

plèvre des points jaunâtres ou verdâtres révélant la présence de méconium. La nature des liquides joue aussi un rôle considérable ; le liquide amniotique pur est bien plus facilement aspiré que s'il est mélangé à du méconium ou à de grandes quantités de l'enduit caséeux, qui diminuent sa fluidité. Lorsque le liquide aspiré est très-visqueux, on ne le trouve guère que dans les voies supérieures (larynx, trachée, grosses bronches) ou même uniquement au niveau de l'orifice du larynx qu'il oblitère.

Il est important de constater tout d'abord l'existence des fluides aspirés avant d'extraire les poumons pour les soumettre à l'épreuve hydrostatique, car si on procède autrement l'eau peut entraîner tous ces produits. — La présence de l'enduit caséeux est facile à reconnaître déjà à l'œil nu, mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de méconium qu'on pourrait confondre, par exemple, avec des matières fécales introduites par une main coupable. Il faut alors recourir à l'examen microscopique. L'enduit caséeux se révélera par les grosses cellules épidermiques réunies le plus souvent en groupes, par l'existence de graisse, de cristaux, de cholestérine et surtout de cheveux cotonneux qui sont caractéristiques à la fois par leur brièveté, le gonflement de leur racine, leur sommet aigu, leur extrême minceur, l'absence de substance médullaire et la présence d'une cuticule bien développée. On reconnaîtra le mélange de méconium, au pigment biliaire qui forme de petites masses et colore en même temps les cellules de l'enduit caséeux. Il n'est pas rare non plus de rencontrer du sang quand la mort a été due au décollement prématuré du placenta.

— L'augmentation du contenu sanguin des poumons est une conséquence toute naturelle du milieu dans lequel ont eu lieu les mouvements inspiratoires du fœtus. Comme ce milieu, quelque fluide qu'il soit, est bien moins apte que l'air atmosphérique à remplir les poumons dilatés, il en résulte que le sang doit venir combler les vides. Le phénomène est bien plus accusé encore lorsque les liquides aspirés sont très-consistants, ou même qu'aucun liquide n'a été aspiré parce que les voies aériennes supérieures étaient oblitérées par les parois du canal de l'accouchement, par les membranes de l'œuf, par l'enroulement du cordon, ou qu'elles avaient subi une forte inflexion, comme dans les présentations de la face.

— Les poumons sont foncés, augmentés de poids et de volume ; sur les coupes, ils regorgent d'un sang noirâtre, liquide et présentent presque constamment de nombreuses ecchymoses sous-pleurales. C'est donc à tort, selon l'auteur, qu'on a donné à ces poumons, le nom de poumons fœtaux et les deux termes d'état fœtal et d'atélectasie ne sauraient être employés comme synonymes. Dans des circonstances très-rares seulement, on rencontre chez des fœtus mort-nés des poumons à l'état fœtal, c'est-à-dire des poumons qui

n'ont pas été altérés par les efforts respiratoires de la cage thoracique. Ce n'est guère le cas que pour les fœtus morts avant la 20e semaine, parce que le développement était encore trop incomplet pour permettre des mouvements respiratoires indépendants; à l'autopsie on voit alors des poumons petits, flasques, de teinte chocolat au lait, sans ecchymoses sous la plèvre et sans trace de liquides aspirés.

— On peut aussi constater l'existence des liquides fœtaux ailleurs que dans les voies respiratoires. Il est inutile d'insister sur leur présence dans la bouche, mais on les retrouve aussi, plus rarement, dans les fosses nasales, dans l'arrière-cavité pharyngienne et dans l'œsophage. Leur présence dans l'estomac, bien que constante, est beaucoup moins caractéristique, puisque la composition microscopique du méconium a montré que le fœtus avale normalement, pendant la grossesse, le liquide de l'amnios. Quant à la pénétration des liquides par les trompes d'Eustache dans la caisse du tympan, les observations d'Hofmann confirment pleinement les curieuses recherches de Wendt. On trouvera l'analyse du travail de ce dernier auteur dans la *Revue des Sciences médicales*, t. II. p. 396.

— Les autres lésions rencontrées à l'autopsie de fœtus morts par asphyxie, mais ayant eu des mouvements respiratoires précoces, sont analogues en gros à celles des autres formes d'asphyxie. Cœur droit et gros troncs veineux remplis d'un sang noir, fluide; congestions veineuses des différents viscères. Hofmann a souvent trouvé aussi une hypérémie considérable du cerveau et des méninges, de petites hémorrhagies dans les téguments du crâne, des ecchymoses sous-conjonctivales; dans un cas, enfin, il a vu, comme Wendt, des hémorrhagies dans la muqueuse gélatiniforme de la caisse du tympan.

Assez souvent aussi on ne retrouve aucune trace de méconium dans l'intestin. J. B.

TRAVAUX A CONSULTER.

Instruction pour servir à déterminer les éléments constituants du sang dans les taches, rédigée par une commission composée de MM. MIALHE, MAYET, LEFORT et CORNIL, rapporteur. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1873, *t. XL, p.* 191.)

Résumé de ce que l'on sait de plus important sur la question, sans addition d'aucun élément nouveau. Mais les auteurs, au sujet de l'examen du sang au spectroscope, ne citent pas le sulfhydrate d'ammoniaque

parmi les agents réducteurs de l'hémoglobine-O, c'est-à-dire de l'hémoglobine oxygénée; à la place de cet agent que les physiologistes emploient chaque jour d'une manière exclusive, ils citent le tartrate d'étain et le fer réduit. Or, ces derniers doivent même être rejetés à cause du trouble qu'ils déterminent dans l'eau colorée par le sang. Après l'addition du sulfhydrate d'ammoniaque, on observe, au contraire, avec une netteté remarquable, la large bande d'absorption dans le spectre de l'hémoglobine réduite. D'un autre côté, parmi les caractères tirés de l'analyse chimique, les auteurs ont omis de citer la réaction des sels de fer qu'on peut observer en traitant convenablement les taches de sang. En incinérant dans une capsule de platine une pièce d'étoffe (à la condition qu'elle ne contienne pas de fer elle-même, ce dont il est facile de s'assurer) recouverte de taches de sang, et traitant le résidu par une goutte d'acide chlorhydrique, on obtient une solution qui se colore en rouge avec le sulfocyanure de potassium, et en bleu avec le ferrocyanure de potassium. En traitant ainsi une tache de sang large comme une pièce de 50 centimes sur un vieux linge blanc formé de cellulose presque pure, et en tout cas non ferrugineuse, ou bien sur du papier à filtre, nous avons obtenu, avec netteté les réactions indiquées.

Enfin, suivant nous du moins, les auteurs précités vont au-delà de la science actuelle en disant que la mensuration des globules rouges permet de décider s'il s'agit du sang de l'homme ou d'un autre mammifère. Le diamètre des globules rouges de l'homme est de $0^{mm},075$, celui des globules du chien est de $0^{mm},073$; d'un autre côté, les hématies sont presque toujours, sinon toujours, plus ou moins déformées lorsque l'expert est en mesure de les examiner; on se trouve dès-lors dans l'impossibilité d'admettre cette conclusion qu'après avoir mesuré le diamètre des globules rouges « on pourra affirmer s'il s'agit ou non de sang humain. »

A. RABUTEAU.

Des filaments végétaux employés dans l'industrie. Procédé de M. Vétillart pour les distinguer entre eux dans les tissus, par le Dr C. ROUCHER, pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1873, *t. XL, p.* 64.)

Cette question est intéressante non-seulement au point de vue industriel, mais au point de vue médico-légal.

Les matières textiles aujourd'hui employées dans l'industrie sont au nombre de six : le lin, le chanvre, le coton, le jute (fibres du *Corchorus capsularis*), le china-grass et le New-Zeeland-Flax (*Phormium tenax* de la Nouvelle-Zélande).

Le procédé employé par M. Vétillart pour reconnaître ces diverses fibres textiles est fort simple en principe. Il est fondé sur la coloration *bleue* ou *jaune* qu'elles prennent au contact d'une dissolution d'iodure de potassium ioduré et d'acide sulfurique convenablement étendu d'eau et de glycérine; ce qui fait qu'on peut les diviser immédiatement en deux catégories. Parmi les fibres qui se colorent en bleu, se trouvent celles du lin, du chanvre, du coton, du china-grass; parmi les fibres qui se colorent

en jaune, se trouvent le jute et le phormium tenax. On recourt ensuite au microscope pour distinguer les fibres, soit d'après leur aspect extérieur et celui de leurs sections transversales, soit d'après certaines alternatives de coloration que l'œil nu ne peut distinguer au milieu de la couleur générale de la fibre sous l'influence des réactifs. Ainsi la coupe transversale d'une fibre de lin est colorée en bleu en dehors, mais le centre est jaune ; la coupe d'une fibre de coton est tachetée de jaune à l'extérieur aussi bien qu'à l'intérieur ; celle d'une fibre de chanvre ne présente pas de couleur jaune au centre, mais elle est colorée en jaune sur les bords, ce qui donne une coloration générale bleue verdâtre ; enfin celle du chinagrass est bleue partout. La coupe transversale du jute est polygonale ; celle du phormium tenax l'est également, mais les angles en sont arrondis. Deux planches chromolithographiées éclairent le texte du mémoire de M. Vétillart. A. RABUTEAU.

I. Sopra un nuovo processo per la ricerca degli alcaloidi nei visceri (Nouveau procédé pour la recherche des alcaloïdes dans les viscères).

II. Nuove ricerche per scoprire la stricnina (Nouvelles recherches pour découvrir la strychnine), communications faites à l'Acad. des sc. de l'inst. de Bologne, séances du 20 mars et du 24 avril 1873, par le prof. F. SELMI. (*Bulletino, delle sc. med., juin* 1873, *p.* 444.)

Cette méthode consiste en ceci : épuiser tout d'abord les viscères avec de l'alcool de concentration ordinaire ; les acidifier s'ils ne le sont pas. Filtrer le liquide, le faire évaporer à une douce température jusqu'à consistance sirupeuse et le traiter par l'hydrate de baryte en pâte, et la baryte caustique pulvérisée. On obtient ainsi une matière ferme, que l'on désagrége en la broyant avec du sable silicaté ou du verre pilé, et on agite avec de l'éther très-pur. Il se produit une évaporation spontanée dont on retire l'alcaloïde. Il faut un jour et demi ou deux jours pour compléter les diverses opérations.

Après avoir extrait la strychnine de viscères par la méthode précédente et par d'autres méthodes connues, l'auteur fut tout étonné de voir que cet alcaloïde ne donnait pas le produit cristallisé caractéristique quand on le faisait réagir avec l'acide iodhydrique ioduré. Soupçonnant que cela tenait à la présence de quelque impureté restée avec l'alcaloïde, il put chasser ces impuretés et dégager l'alcaloïde avec l'hydrate de plomb, très-pur et récemment précipité. BARÉTY.

Observations diverses.

Diagnose eines fremden Körpers im rechten Bronchus; klinische Betrachtung dieses Falles (Diagnostic d'un corps étranger de la bronche droite avec réflexions cliniques), par le Dr W. HAMBURGER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *nos* 28 *et* 29, 14 *et* 21 *juillet.*)

Un robuste vieillard de 70 ans fait un trajet de trois milles en voiture, sans accuser aucun malaise. Au moment de l'arrivée, on le trouve sans connaissance. Grâce à des soins appropriés, il reprend peu à peu possession de ses sens, mais son intelligence ne revient qu'incomplétement ; il reconnaît bien les personnes qui l'entourent, mais son regard est égaré et il ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve ; la mémoire est complétement perdue. Il n'a dans ses antécédents morbides que des accès de goutte. Depuis huit jours toutefois, il se trouvait moins bien, se plaignait de faiblesse, de perte de mémoire, de vertiges passagers et de manque d'appétit ; en même temps, son caractère et son moral changeaient considérablement : de gai, il était devenu triste et il avait perdu subitement le goût des affaires : c'était afin de le distraire qu'on avait entrepris ce petit voyage.

Au moment où Hamburger le vit, c'est-à-dire une heure après la syncope, il avait de la fièvre, une altération considérable ; la langue normale. Depuis quelques jours, il a de l'insomnie. La sensibilité, la motilité et les organes des sens sont intacts ; il n'y a en fait de troubles cérébraux qu'un peu d'obnubilation intellectuelleet de l'amnésie. Le visage est rouge et anxieux, les lèvres cyanosées, les pupilles normales.

Mais ce qui frappe tout d'abord Hamburger, c'est l'état de la respiration qui est pénible, courte, accélérée, et bien que le malade n'accuse aucune dyspnée, il est facile de voir que la moitié droite du thorax reste immobile. Le cœur paraît normal. Rien à signaler dans le poumon gauche qu'une respiration puérile. A droite, au contraire, le silence est absolu, bien qu'il n'y ait pas de diminution du son. Pas de toux. Rien du côté de l'abdomen. Urines normales.

Dans la soirée, l'état du patient s'était considérablement aggravé : il était dans un état semi-comateux ; la cyanose du nez et des lèvres était considérable, la respiration encore plus fréquente et plus laborieuse qu'auparavant et l'adynamie très-marquée. Du côté de la poitrine, aucun changement à noter, si ce n'est quelques râles fins dans le poumon gauche. L'issue fatale devait être prochaine. — Hamburger prescrivit un vomitif (0,20 d'émétique à prendre en une seule fois), décidé, s'il restait sans effet, à pratiquer la trachéotomie. Au bout d'un quart d'heure, des envies de vomir se manifestèrent, accompagnées d'un violent accès de toux qui se termina par l'expectoration d'un *pois vert* gonflé au point d'atteindre le volume d'une fève, et enveloppé dans un mucus épais et très-abondant. Le malade eut encore quelques vomissements dans lesquels il rendit une grande quantité d'un liquide aqueux mêlé à de la soupe.

Aussitôt après l'expectoration, il se fit un changement surprenant dans l'état du patient. Il porta la main à son côté droit et se mit à faire coup sur coup des inspirations profondes, comme si sa poitrine était délivrée d'un énorme fardeau ; en même temps, il rentrait en possession complète de ses facultés intellectuelles, souriait amicalement aux personnes qui l'entouraient, leur serrait la main comme s'il ne faisait que de les reconnaître, et immédiatement il se rendit compte de l'endroit où il se trouvait. Il n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant sa maladie, mais la mémoire des choses antérieures lui était complétement revenue.

C'est alors qu'il raconta que huit jours auparavant il avait mangé des pois verts, et qu'il en avait avalé un de travers. Il fit quelque temps des efforts de toux pour s'en débarrasser, mais il n'y parvint pas et bientôt n'y songea plus.

Le lendemain matin, quand Hamburger revit le patient, toute trace de cyanose avait disparu, la respiration était régulière et facile, et s'accomplissait normalement des deux côtés. L'emphysème du poumon gauche n'existait plus, le cœur était de nouveau accessible à la percussion et la rate ne dépassait plus les fausses côtes.

Parmi les remarques faites par l'auteur, nous releverons les suivantes :

La forme des corps étrangers ingérés rend compte de la variété observée dans les accidents consécutifs ; ceux qui sont anguleux, par exemple, tuent moins vite que ceux qui sont sphériques, parce qu'ils bouchent moins hermétiquement les voies aériennes.

Dans le fait actuel, le pois, bien que rond, n'a pas obstrué d'abord complétement la bronche, qui est assez large chez le vieillard ; ce n'est que lorsqu'il se fut gonflé que les accidents sont survenus.

Mais le point le plus étonnant dans le cas présent, c'est l'absence complète des signes locaux. Qu'est-ce qu'on observe, en effet, habituellement? A la suite de l'arrivée subite d'un corps étranger dans la trachée, si la mort ne suit pas immédiatement, on constate deux séries de symptômes. Les premiers, par ordre de date, ont leur origine dans la sensibilité exquise de la muqueuse trachéale ; ce sont les signes locaux bien connus. Le nombre et la durée des paroxysmes de suffocation dépendent surtout de la mobilité du corps étranger ; quand ils ont peu à peu disparu, survient un second stade tout différent constitué par des phénomènes cérébraux, coma et délire tranquille notamment ; dans cette période, le patient porte encore involontairement la main à son cou, puis il meurt. A l'autopsie, on trouva constamment une réplétion considérable des veines et des capillaires du cerveau.

Dans l'observation précédente, le développement des symptômes cérébraux a été très-précoce ; il n'a été précédé que d'un seul accès de suffocation. Mais ce qui reste exceptionnel, c'est qu'ordinairement, même lorsque le patient est dans le coma, on perçoit encore un peu de toux et l'on voit le malade porter la main à sa gorge comme pour se débarrasser d'un obstacle ; ici, rien de semblable n'a existé. J. B.

Cas d'empoisonnement mercuriel aigu, par M. BOUCHARD (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 7, 14 *et* 21 *juin* 1873.)

Il s'agit d'un homme atteint de syphilis secondaire avec éruption papulo-squammeuse confluente couvrant presque tout le corps. Il avait subi autrefois les atteintes de l'intoxication saturnine. A son entrée à l'hôpital, on ne constatait point d'albumine dans les urines ; à la suite de frictions mercurielles pratiquées sur la face interne des cuisses indemnes de l'éruption syphilitique, le malade eut une stomatite mercurielle très-accusée. Sous l'influence de cette intoxication, les urines présentèrent les modifications suivantes : la quantité d'urine dans les 24 heures était environ le huitième de l'état normal (150 cent. cubes) ; la densité, la réaction et l'abondance des matières colorantes à peu

près normales; mais le malade rendait 50 fois moins d'urée qu'un homme sain (54 à 60 centigrammes en 24 heures), 2 fois moins de matières extractives, 20 fois et même 60 fois moins d'acide phosphorique, et 50 fois moins de chlore. Enfin l'urine renfermait des traces très-nettes d'albumine et une très-petite quantité de sucre.

L'albuminurie fréquente dans l'hydrargyrie chronique n'avait pas été encore signalée dans l'hydrargyrie aiguë (voir cependaut, dans la thèse de M. Lolliot, un cas très-intéressant d'albuminurie développée dans une intoxication mercurielle). Cette albuminurie mercurielle se rapproche de celles qui accompagnent les empoisonnements métalliques, dans lesquels on note aussi l'abaissement du chiffre de l'urée et de l'acide urique.

Le malade qui a fait le sujet de la communication de M. Bouchard est mort huit jours après la cessation du traitement mercuriel; les accidents ultérieurs ont été un accès convulsif éclamptique suivi de coma. Dans les derniers jours, les urines avaient présenté les mêmes caractères que ceux décrits précédemment, et elles avaient encore diminué de quantité (44 centimètres cubes). — A l'autopsie, on trouva indépendamment des traces de la syphilis, des tubercules pulmonaires anciens avec cavernes et une affection des reins. Les reins présentaient des lésions anciennes que l'on doit attribuer à l'intoxication saturnine. M. Cornil, après examen micrographique, a trouvé que ces reins étaient devenus imperméables par : 1° l'oblitération des veines; 2° l'épaississement des artères; 3° l'atrophie des tubes; 4° la lésion des capsules de Müller.

Comme lésion récente due à l'intoxication mercurielle, les reins présentaient dans quelques tubuli des cellules troubles remplies de granulations protéiques.

Il résulte de cette imperméabilité du rein que l'intoxication mercurielle est promptement survenue par suite de la difficulté de l'élimination du mercure, et que l'urée s'est accumulée dans le sang du malade. Le sang contenait en effet 17 fois plus d'urée et 3 fois plus de matières extractives qu'à l'état normal. Le malade est donc mort d'urémie.

L'analyse du cerveau et des reins, faite par M. Daremberg, a montré la présence du mercure dans les reins, du mercure et des traces de plomb dans le cerveau. HENRI HUCHARD.

Contribution à l'histoire de l'empoisonnement mercuriel aigu, par le Dr Auguste OLLIVIER, médecin de l'hospice d'Ivry, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, (*Archives de Physiologie*, 1873, *n°* 5.)

Une femme de 62 ans avala trois cuillerées à bouche d'une solution de sublimé corrosif, renfermant 1 gr. 12 de sel. Au moment de l'ingestion elle ne ressentit rien de particulier, mais au bout de cinq minutes elle fut prise d'une sensation de brûlure à l'épigastre, bientôt suivie de vomissements abondants et répétés de matières bilieuses.

L'ingestion du poison eut lieu à six heures et demie. A huit heures et demie, la température vaginale est de 37°,2; à huit heures quarante-cinq minutes de 37°; à neuf heures de 36°,8, et à dix heures et demie de 38°.4. Pour en finir de suite avec la température, ajoutons que pendant une dizaine de jours elle présenta une élévation de quelques dixièmes le matin et de près d'un degré le soir.

A dix heures et demie, cette femme est plongée dans une sorte de collapsus : décubitus dorsal, face pâle, pupilles contractées, lèvres cyanosées,

frissons presque continus, refroidissement des extrémités, vomissements incessants de sang mélangé à du lait, diarrhée séro-sanguinolente, pouls petit, régulier, intermittent, douleur vive à l'épigastre. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le soir, l'état général est meilleur, les urines sont encore normales. Saveur métallique,

Le deuxième jour, les urines sont albumineuses, 4 gr. 80 par litre, et les jours suivants, la quantité d'albumine décroît successivement en passant par les chiffres de 2 gr., 2 gr., 0 gr. 50, et enfin le sixième jour, on n'en retrouve plus que des traces.

Le quatrième jour, l'analyse chimique révéla dans l'urine des traces relativement considérables de mercure.

L'examen microscopique des dépôts de l'urine montre, 1° l'absence de sang 2° la présence de cellules rénales isolées présentant la tuméfaction trouble, de cylindres granulo-graisseux et de cylindres hyalins.

Jamais on ne trouva de sucre dans l'urine.

Les vomissements, les nausées, la diarrhée disparurent successivement, aussi les fongosités des gencives, et on put, au bout de quatre semaines, considérer la malade comme guérie.

Le traitement consista essentiellement en eau albumineuse; et il importait d'établir que là n'était pas la source de l'albuminurie. A cet objection on a opposé les faits suivants : 1° la malade n'avait pris que quatre blancs d'œufs lorsque survint l'albuminurie; 2° plus tard, on lui fit prendre trente-deux blancs d'œufs en quatre jours sans noter aucune trace d'albumine dans ses urines; 3° cette expérience fut répétée sur plusieurs sujets avec le même résultat; 4° enfin les dépôts urinaires révélés par le microscope et la présence du mercure démontrée par l'analyse chimique suffisent amplement, dans ces circonstances, pour établir qu'il s'agit là d'un exemple de néphrite albumineuse passagère produite par l'élimination d'une substance toxique. La lésion a disparu quand tout le poison a été éliminé; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il convient de rappeler, à propos de cette observation, la thèse inaugurale de M. Ollivier : *Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques*. Paris, 1863. A. JOFFROY.

Zwei Fälle von Vergiftungen durch Cytisin mit tödlichem Ausgange (Deux cas d'empoisonnement par la cytisine avec terminaison mortelle), par le Dr HINCKELDEYN, de Lübeck. (*Deutsche Klinik, p.* 252.)

Le *cytisus laburnum*, qui est cultivé comme plante d'ornement dans les jardins, est plus ou moins vénéneux dans toutes ses parties (tronc, fleurs, écorce, racine, fruits et graine). Le principe le plus vénéneux paraît être la *cytisine*, découverte par Husemann et Marmé dans les graines mûres, et, en seconde ligne, viendrait la *laburnine*, contenue principalement dans les capsules et dans les graines non mûres (Husemann, *Handb. der Toxicologie, p.* 628. *Supplément, p.* 93.) Les principaux faits d'empoisonnement signalés jusqu'à présent viennent de l'Angleterre et ont été rapportés par Husemann (*In Virchow's Jahresbericht*, 1868 et 1870.)

Dans les cas observés par Hinkeldeyn, il s'agit de trois enfants, deux de

cinq ans et un de trois ans et demi, qui avaient mangé des capsules de cytisus laburnum. Les deux premiers succombèrent après avoir présenté des crampes violentes, principalement dans les extrémités supérieures, des vomissements, d'abord alimentaires, puis sanguinolents, la perte de l'intelligence et de la parole et des convulsions qui se terminèrent par la mort. Tous ces accidents avaient duré trois quarts d'heure chez l'un et une heure chez l'autre.

Le troisième enfaat n'avait pas absorbé de graines ; il devint malade plus tard, et, après des vomissements et une nuit agitée, il revint à la santé.

L'autopsie du premier enfant donna les résultats suivants : Distension gazeuse des intestins ; anémie sans lésions de la muqueuse gastro-intestinale ; anémie du foie et de la rate ; hypérémie du rein gauche ; vessie vide avec muqueuse pâle. Cœur exsangue ; pas d'épanchement dans le péricarde ; légère hypostase dans le poumon gauche.

Le second enfant présenta en plus une rupture de l'estomac avec issue de matières alimentaires, dans les quelles on reconnut des graines de *cytisus* et un ascaride lombricoïde. Cette rupture avait une longueur de cinq centimètres et occupait la grande courbure de l'estomac.

Il est très-remarquable que, dans les deux cas, on n'ait trouvé ni ramollissement ni inflammation de l'estomac. Le seul fait remarquable, c'est l'anémie de la plupart des viscères. KLEIN.

Case of poisonning by vitriol; death (Empoisonnement par le vitriol; mort), par BURDER. (*Med. Times and Gaz.*, 26 *juillet, p.* 92.)

J. H., 34 ans, entré le 19 juin. On l'apporte à 9 heures 15 du soir en disant qu'il venait d'avaler de l'huile de vitriol.

État à son entrée. — Insensibilité complète, pouls faible, stertor, extrémités froides. Il a vomi en venant à l'hôpital; lèvres blanches, mais pas de traces d'acide sur la figure. Le tube d'une pompe à l'estomac est introduit, car il ne peut rien avaler, et on injecte de la magnésie. Alors le malade vomit un liquide noirâtre formé de sang, de mucus, d'épithelium à réaction fortement acide. Il peut ensuite avaler un peu d'une solution et d'huile d'olive. On ingère de l'eau-de-vie. A présent il parle et dit son nom.

Il continue à vomir le même liquide par intervalles jusqu'au 20 juin à 5 heures 45, moment de sa mort.

Il avait vécu 8 heures et demie après son admission.

Rigidité cadavérique, corps amaigri, lèvres blanches et sèches, front noir, langue sèche et colorée en brun, épiglotte élevée et brune aussi. En ouvrant le larynx, on voit les cordes vocales couvertes d'un liquide brun, glutineux. La trachée est enflammée et couverte du même liquide.

Même aspect dans les bronches à leur bifurcation.

La muqueuse œsophagienne est noire et déchirée.

En ouvrant l'estomac on trouve du liquide noirâtre, glutineux. La muqueuse offre le même aspect que celle de l'œsophage. Large perforation au niveau de la grande courbure, au cardia et à la partie inférieure de l'estomac. Taches sur les muqueuses, mais pas d'autre perforation. — Pylore rétréci. Duodenum comme l'estomac et l'œsophage. Il présente deux perforations, une à deux pouces du pylore, l'autre a trois pouces plus loin. Péritoine noirci à la partie inférieure de l'abdomen, même coloration du lobe gauche du foie.

Cerveau: Circonvolutions petites. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux, athéronne du tronc basilaire. Pas d'autres altérations.

La plevre droite adhère fortement à la paroi thoracique. Dans le poumon

droit, infiltration jaune du lobe inférieur, deux cavités au sommet; les autres lobes présentent de la pneumonie.

Dans le poumon gauche, lobes affaissés.

Cœur, ventricule gauche contracté, renferme un petit caillot. Le ventricule droit contient aussi quelques caillots, mais il n'est pas rempli. Foie gras. Rate (pèse 6 onces 1/2). Capsule des reins, très-adhérente, surface granuleuse, uretères dilatés. — Rétrécissement de l'urèthre.

E. LANCEREAUX.

Ein Fall von Vergiftung durch Collodium cantharidatum (Observation d'empoisonnement par le collodion cantharidé), par le Dr Ernest SCHWERIN, de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 44.)

Une femme hystérique de 23 ans est prise d'une crise nerveuse pour laquelle on lui administre 15 gouttes de collodion cantharidé qu'on avait confondu avec une teinture éthérée de valériane. Une heure après, la patiente commence à ressentir une vive douleur épigastrique et s'aperçoit que la muqueuse de ses lèvres et de sa bouche s'enlève par grands lambeaux.

Les crampes d'estomac deviennent de plus en plus fortes, s'accompagnant d'un sentiment de brûlure ardente dans la bouche et le gosier. Bientôt la malade a des vomissements bilieux abondants, des douleurs térébrantes dans les lombes et un spasme vésical intense. — 4 heures après le début des accidents, l'auteur est appelé; il trouve la femme en proie à une agitation très-grande, poussant des cris et se promenant dans sa chambre, le tronc fortement incurvé en avant et les bras croisés sur l'hypogastre; à chaque instant elle se livre à des efforts extrêmement douloureux pour ne donner issue qu'à quelques gouttes d'urine. Elle ne présente pas de fureur érotique, mais tombe par moment dans un état cataleptiforme.

Schwerin prescrit de l'opium, du camphre et des sangsues aux lombes. Une heure plus tard, les douleurs s'apaisaient et la patiente s'endormait avec des sueurs profuses. — Le lendemain, toutes les douleurs avaient disparu, à l'exception de la sensation de brûlure au niveau du pharynx. Les selles eurent lieu sans ténesme. Les lèvres présentaient de nombreuses phlyctènes, la langue était en partie dépouillée. La parole était très-gênée, la dysphagie très-marquée, les urines rares, fortement albumineuses, mais ne contenant pas de sang. Le quatrième jour, l'albumine disparut, et moins de deux semaines plus tard, la malade était complétement rétablie. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

(*Les travaux pour lesquels l'année n'est pas notée sont de* 1873.)

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale par LEGRAND DU SAULLE. 1 vol. de 1270 pages. — Adrien Delahaye, Paris.

Die Medicinal-Gesetzgebung d. preuss. Staates (Législation médicale des États prussiens), par G. M. KLETKE. — Berlin.

Das Medicinalwesen in Preussen (De la médecine en Prusse), par H. Eulenberg. — Berlin.

Ueber die forensische Bedeutung der Epilepsie (De l'épilepsie au point de vue médico-légal), par le Dr Wilh. Sander, de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens*, nos 42 et 43.)

De l'épilepsie au point de vue médico-légal. Discussion : Westphal, Jastrowitz, Mendel, Baer. Soc. médico-psychologique de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 45.)

Wuthausbruch, Simulation von Tobsucht oder Raptus melancholicus (Violente colère, manie simulée ou bien accès mélancolique), par le Dr Rupprecht de Hettstädt. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. and öffent. Sanit.*, octobre.)

Des blessures entraînant danger de mort au point de vue médico-légal, par J. A. Estlander. (*Nordiskt. medic. Arkiv*, t. V, 2e partie, no 11.)

Ein Kindsmord (Cas d'infanticide), par le Dr Schumacher, prof. et méd. du parquet, à Salzbourg. (*Vierteljarhs. f. gericht. Med. u. öff. Sanit.*, octobre.)

Fall von Tödtung eines Kindes in einem bewusstlosen Zustande, wobei der Entschluss zur That mit freier Selbstbestimmungsfähigkeit gefasst wurde (Meurtre d'un enfant commis inconsciemment, mais projeté en parfaite liberte d'esprit), par le Dr Loewenhardt, de Prenzlau. (*Vierteljarhs. f. gericht. Med. u. öffent. Sanit.*, octobre.)

Ueber fälschliche Beschuldigungen Geisteskranker vor Gericht gegen die eigene Person und gegen Andere. (Des fausses accusations portées, devant les tribunaux, par des aliénés, contre eux-mèmes et contre les autres personnes), par le prof. Von Krafft-Ebing. (*Vierteljarhs. f. gerichtl. Med u. öff. Sanit.*, octobre.)

Relation de l'autopsie du sieur Léon Sandon, décédé à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 26 octobre 1872, présentée à la Société de médecine légale, par le Dr Liouville. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, t. XL, p. 425.)

Zur Grossjährigkeits-Erklärung (Question de majorité), par Rodolp. Arndt. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. öff. Sanit.*, octobre.)

Vergiftung durch Carbolsäure und in Folge hiervon Bestrafung eines Apothekers wegen fahrlässiger Tödtung (Empoisonnement par l'acide phénique ayant donné lieu à la condamnation d'un pharmacien coupable d'homicide par négligence), par le Dr Schwartz, de Cöslin. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. öffent. Sanit.*, octobre.)

Case of poisoning by vitriol. — Death (Cas d'empoisonnement par le vitriol. — Mort), par Burder. (*Med. Times and Gaz.*, 26 juillet, p. 93.)

Étude sur l'empoisonnement par l'ammoniaque, par le Dr Marie-Anatole Geneuil. (*Thèse de Paris.*)

Belladonna Vergiftung (Empoisonnement par la belladone), par Bauer. (*Würtemb. Corr.-Blatt.*, XLIII, 15.)

Trois cas d'empoisonnement par la belladone, par le Dr Morel. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, p. 181.)

Opium comme contre-poison de la belladone, par H. L. W. Burritt (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXVIII, avril, p. 316.)

Empoisonnement par les semences de stramonium, par C. G. Polk. (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXVIII, p. 395.)

Symptômes d'empoisonnement à la suite d'injections hypodermiques de morphine, par A. Berg, de Nyköbing (*Ugeskrift for Læger*, 30 août.)

A case of poisoning by five grains of strychnine, treated by chloroform inhalations; recovery (Empoisonnement par la strychnine. Inhalations de chloroforme; guérison), par G. W. Copeland. (*The Boston med. Journal*, novembre.)

Sul modo più opportuno di rendere manifesta la solanina, o per essa la solanidine, nel caso di avvelenamento colla prima, che svole avvenire per lo più, quando si adoprano a cibo patate guaste o germogliate (Sur le moyen le plus propre à mettre en évidence la solanine ou par elle la solanidine, dans le cas d'empoisonnement par la première de ces substances, empoisonnement qui survient le plus ordinairement lorsqu'on fait usage dans l'alimentation de pommes de terre altérées ou germées). Mémoire lu à l'Acad. des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 6 février 1873, par le Dr F. Selmi. (*Bullettino delle sc. med.*, mai, p. 389.)

Empoisonnement par le savon, par T. D. Crothers. (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXVIII, avril, p. 315.)

Chronische Bleivergiftung (Empoisonnement chronique par le plomb), par Schonbrod. (*Bayer-ærztl. Int.-Bl.*, XX, 20.)

Akute Phosphorvergiftung (Empoisonnement aigu par le phosphore), par Biermer. (*Schweiz. Corr.-Bl.*, 10.)

Ueber Icterus nach Anwendung von Choralhydrate (De l'ictère consécutif à l'administration du chloral), par Wermish. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, XIIe vol., p. 32.)

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

ANALYSES.

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, par le Dr BÉNI-BARDE.
(*in*-8°, 1038 *pages*, *G. Masson*, 1873.)

Cet ouvrage, considérable par son étendue et son importance, est divisé en deux parties. La première, technique, comprend l'historique de l'hydrothérapie, la description des appareils et des procédés opératoires, l'examen des effets physiologiques, thérapeutiques et hygiéniques de l'hydrothérapie sur l'organisme humain, enfin l'énumération des conditions que réclame un traitement hydrothérapique régulier.

La seconde partie est entièrement consacrée à la clinique.

Dans ce livre, le plus complet que nous possédions aujourd'hui sur cette matière, l'hydrothérapie est élevée à la hauteur d'une science qui s'appuie sur les principes de la physiologie pour expliquer l'action de cette méthode thérapeutique dans un grand nombre de maladies. L'auteur divise les effets de l'hydrothérapie en deux grandes catégories : *effets primitifs*, *effets consécutifs*. Les premiers sont *antiphlogistiques*, *sédatifs*, *excitants ;* les seconds sont *toniques* , *spoliateurs* , *résolutifs*. Ajoutons encore les *effets hygiéniques* que doit entraîner l'application de cette méthode, non-seulement à l'homme sain, mais à l'homme malade. Si beaucoup d'affections sont justiciables de l'hydrothérapie, comme on peut le voir par les résultats considérables qui sont consignés dans la partie clinique, il en est quelques-unes dans lesquelles l'emploi de l'hydrothérapie est inutile ou peut-être même nuisible. Encore ne faut-il pas bannir complétement cette médication dans les cas où elle ne saurait avoir aucune action contre la maladie, mais où elle peut combattre énergiquement un symptôme grave, témoin l'arrêt des vomissements dans le cancer de l'estomac, sous l'influence de ce mode de traitement. C'est ainsi également qu'on peut calmer la dyspepsie et la toux dans certaines affections de poitrine, favoriser la disparition de l'œdème et des palpitations dans quelques maladies du cœur, arrêter ou diminuer les hémorrhagies utérines produites par une tumeur de la matrice,

modifier les phénomènes paralytiques et ataxiques liés à des lésions cérébro-spinales.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, c'est-à-dire dans la partie clinique, qui est rendue si intéressante pour le clinicien par l'exposé de nombreuses et complètes observations, l'auteur passe en revue les diverses maladies dans lesquelles la médication hydrothérapique doit être appliquée.

Le premier chapitre est consacré aux maladies diathésiques, parmi lesquelles nous remarquons la diathèse urique, le diabète, l'obésité, le rhumatisme, la scrofule, le rachitisme, l'herpétisme, l'anémie, la chlorose, etc.

Dans le second chapitre, qui étudie le traitement des intoxications des cachexies, nous trouvons l'alcoolisme, le saturnisme, les empoisonnements par l'arsenic, le phosphore, le sulfure de carbone, la syphilis, les maladies paludéennes, la diarrhée et la dyssenterie des pays chauds, l'engorgement des viscères, etc.

Le troisième chapitre passe en revue le traitement hydrothérapique de quelques maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Parmi les maladies du tissu osseux : la périostite, l'ostéite, le rachitisme, etc. — Parmi les affections articulaires : l'hydrarthrose chronique, l'arthrite, la périarthrite, la tumeur blanche, l'ankylose, etc. — Parmi les affections du tissu musculaire, la faiblesse et la paralysie musculaire, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose musculaire, enfin ce que l'auteur appelle la *névro-myopathie périarticulaire*. Sous ce nom, il comprend une maladie constituée par des douleurs nerveuses et musculaires, par de la myosite, de la contracture, de la paralysie et de l'atrophie. Ces divers phénomènes ont pour caractères de se localiser et de se grouper autour d'une grande articulation, en respectant presque toujours les tissus articulaires; les altérations qu'ils expriment ne dépendent jamais d'une lésion des centres nerveux, mais elles ont leur point de départ dans les muscles et dans les nerfs périphériques. Pour M. Béni-Barde, l'affection débute par un trouble de nutrition des fibres musculaires et des nerfs intrà-musculaires. Quand elle est de légère intensité, elle peut se terminer par résolution ; à un degré plus avancé, les fibres musculaires se désagrègent par suite de la présence des exsudats; elles s'atrophient et subissent la dégénération graisseuse. enfin dans les cas graves, la désorganisation atteint la fibre musculaire, le sarcolemme, les vaisseaux et les nerfs. — En général, ce groupe d'altérations et de perturbations fonctionnelles qui se fixent autour d'une grande articulation sans l'envahir guérit assez facilement; mais les rechutes en sont fréquentes et la gravité ou la permanence des accidents dépendent des causes qui leur ont donné naissance et des conditions dans lesquelles se trouvait l'organisme. Or, parmi ces causes, il faut signaler le traumatisme et le froid, qui agissent comme causes occasionnelles, et une altération du sang ou

un certain état diathésique (rhumatisme, scrofulose, cachexies et même névroses) qui agit comme cause prédisposante. La scène morbide s'annonce par de la douleur semblant se répartir également dans la masse musculaire, s'augmentant par les mouvements articulaires. Bientôt quelques muscles se contractent et il se produit alors un gonflement péri-articulaire; d'autres perdent leur élasticité, se relâchent et ne répondent qu'incomplétement aux excitations de la volonté. Ces derniers deviennent de plus en plus faibles, s'épuisent facilement et donnent lieu à une sensation de fatigue très-prononcée. On remarque que quelques fibres se contractent énergiquement et finissent par devenir le siége d'une hypertrophie; que d'autres sont sillonnées par de petits spasmes intermittents qui ôtent toute précision aux mouvements; enfin, lorsque la maladie s'accuse davantage, les muscles marchent vers l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse.

Cette affection, qui se montre surtout autour des grandes articulations, a une marche lente et guérit souvent. Ainsi, sur sept malades observés par l'auteur, quatre ont guéri complétement sous l'influence du traitement hydrothérapique, dont il est nécessaire de modifier l'application suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Dans les cinq chapitres suivants, l'auteur étudie les applications de la médication hydrothérapique dans les maladies du système nerveux (névroses, névralgies, contractures, tremblements, paralysie agitans, paralysies diverses, maladies organiques du cerveau, de la moelle, l'aliénation mentale, etc.).

Enfin, cinq autres chapitres traitent des maladies chroniques du cœur, des appareils respiratoire, digestif, génito-urinaire chez l'homme, des affections chroniques de l'utérus et de ses annexes.

HENRI HUCHARD.

Mode d'action de certains purgatifs sur l'intestin, par M. VULPIAN. (*Soc. Biol., séance du 17 mai 1873. — Gaz. méd., n° 22.*)

M. Moreau, pour étudier l'action des purgatifs salins sur l'intestin, avait injecté du sulfate de magnésie dans une anse intestinale qu'il avait attirée au dehors et liée aux deux bouts. Vingt-quatre heures plus tard, on trouvait dans cette partie de l'intestin, après une injection de 4 grammes de sulfate de magnésie pour 20 grammes d'eau, une collection liquide de 200 à 300 grammes. Il était ainsi démontré que le purgatif produisait par action directe sur l'intestin une exosmose considérable ou une sorte d'hypersécrétion.

M. Vulpian, répétant ces expériences, a étudié l'action du purgatif dans la totalité de l'intestin, après avoir curarisé ou morphinisé les animaux. Il injectait ensuite dans leur intestin grêle une solution de sulfate de magnésie, 5 grammes pour 30 grammes d'eau. Dans ce cas, on n'observerait pas l'augmentation des mouvements péristaltiques, contrairement à l'opinion de Thiry et Radziejewski, qui pensent que l'action purgative s'expliquerait par un entraînement plus rapide des liquides sécrétés, sous l'influence de mouvements péristaltiques trop actifs pour leur laisser le temps d'être résorbés. Après 2 heures 1/2, l'animal était sacrifié, et l'on trouvait les altérations suivantes : intestin rouge, gonflé d'un liquide muqueux, filant, blanchâtre; muqueuse hypérémiée, à laquelle adhère un mucus abondant ; le liquide renfermait des cellules épithéliales dont un grand nombre avaient leur noyau vésiculeux, puis des globules sanguins, des leucocytes, et beaucoup de granulations mouvantes et de vibrions.

Ainsi, le sulfate de magnésie agit en produisant un véritable catarrhe intestinal, sans exagération des mouvements péristaltiques, et en modifiant les phénomènes d'osmose, de façon à faire transsuder une grande quantité de liquide dans l'intestin. Cependant, une partie de la solution saline est absorbée et éliminée par les urines.

M. Vulpian a répété la même expérience avec le jalap, faisant usage d'une solution ainsi composée :

Alcool } *ââ* 25 grammes.
Eau }

Résine de jalap 0 gr. 40 cent.

Il y eut exagération des mouvements péristaltiques avec catarrhe intestinal intense portant surtout sur le gros intestin. Celui-ci présentait de larges ecchymoses qui s'étendaient jusqu'aux dernières portions de l'intestin grêle. Après l'ouverture de la paroi abdominale, l'animal avait eu deux selles noires, sanguinolentes, fétides, dues par conséquent aux seules contractions de l'organe.

Ces expériences prouvent que les purgatifs drastiques et salins agissent en provoquant un véritable catarrhe intestinal.

HENRI HUCHARD.

Étude sur le nitrite d'amyle, par le Dr AMEZ-DROZ, de La Chaux-de-Fonds (Suisse).
(*Archives de Physiologie*, n° 5, 1873.)

L'auteur fut conduit à faire cette étude par les résultats très-favorables qu'il obtint de l'administration du nitrite d'amyle dans un cas d'angine de poitrine liée à une sténose des valvules de l'aorte.

Le nitrite d'amyle a été découvert en 1844 par le chimiste français Balard. Il fut étudié, au point de vue chimique, par Personne, Rieckher et Guthrie.

En 1865, Richardson publia ses recherches sur l'action de ce nouveau corps. Selon lui, le nitrite d'amyle produit, en premier lieu, un état de surexcitation, puis une paralysie des nerfs, de la périphérie au centre. De même, il renforce d'abord l'action du cœur et produit une dilatation des capillaires, puis il survient un affaiblissement du cœur et le rétrécissement des capillaires. De plus, il entrave considérablement le travail d'oxydation dans le sang en circulation. En 1868, il crut également pouvoir indiquer le nitrite d'amyle comme antidote de la strychnine.

Gamgee ne put constater sur les nerfs moteurs ou sensibles les effets indiqués par Richardson, ni la dilatation des vaisseaux de la membrane natatoire des grenouilles. Il constata une diminution notable de la fréquence du pouls et de la pression sanguine.

Lauder Brunton, après avoir employé avec succès le nitrite d'amyle dans plusieurs cas d'angine de poitrine (et avec insuccès dans l'épilepsie), fit des expériences sur des lapins, d'où il conclut que l'inhalation de nitrite d'amyle produit presque immédiatement (en 10 secondes) l'abaissement de la pression sanguine, et que cet effet disparaît très-rapidement (en 1 minute) si l'on cesse l'inhalation au bout de 20 secondes. Il conclut, en outre, d'expériences variées, que l'abaissement de la pression ne provient ni d'une action du nitrite d'amyle sur le cœur, ni de l'action de la moelle allongée sur la tonicité des vaisseaux, mais bien de l'action directe de ce médicament sur les parois vasculaires. Il n'indique, du reste, en aucune façon si ce sont les vaso-moteurs ou la tunique musculaire qui sont impressionnés. Ce sont là des conclusions opposées en partie à celles de Richardson.

En 1871, Wood Horatio, de Philadelphie, reconnut que le nitrite d'amyle produit un abaissement de la pression sanguine dû à la paralysie des vaisseaux capillaires et à une action directe sur le cœur, mais qu'il n'avait aucune action sur les centres nerveux. Les symptômes de l'empoisonnement sont une respiration profonde et accélérée et une diminution considérable de la force musculaire. La mort est la conséquence de l'arrêt de la respiration. Le cœur ne s'arrête que quelques minutes plus tard. — Le nitrite d'amyle s'oppose à l'oxydation : en en versant quelques gouttes sur du phosphore, celui-ci ne développe plus de vapeurs blanchâtres ; en traitant de même du sang veineux, il perd la faculté de devenir rouge au contact de l'air ; c'est là la cause des troubles de la respiration observés dans les expériences. — L'inhalation du nitrite d'amyle produit une diminution de la température centrale, allant chez l'homme jusqu'à 1° C, chez des lapins jusqu'à 2° et 3° C, et chez des pigeons jusqu'à 7° C. — Avec Brunton et Leishmann,

J. Haddon et Thompson, Wood se félicite de l'emploi de ce médicament dans l'angine de poitrine.

La même année, Goodhart fit des expériences sur lui-même et sur d'autres personnes. Il en faisait inhaler 2 ou 3 gouttes, sur un mouchoir, pendant 1 ou 2 minutes. Il observa un sentiment de plénitude de la poitrine, une tendance à tousser, l'accélération du pouls battant jusqu'à 160 fois par minute et devenant irrégulier. Ensuite, le visage rougit, la vue se trouble et l'ophthalmoscope montre les veines de la rétine dilatées et variqueuses et les artères petites et contractées. Après l'inhalation, persistait, pendant 30 à 40 minutes, un tremblement musculaire avec abattement et une sensation douloureuse dans la tête. En outre, il observa sur lui-même, pendant l'inhalation, une élévation de température de 1° ou 2° C.

Talford Jones, à Londres, trouva parfois de la dyspnée, du vertige et un sentiment d'ivresse accompagné de céphalalgie. Il l'employa avec succès dans l'angine de poitrine, la syncope, l'épilepsie, l'hémicrânie et la céphalalgie, la phthisie du larynx, et il en recommande l'emploi dans la laryngite striduleuse, la coqueluche, les coliques liées à un état de collapsus, et dans le choléra. Depuis, Hœstermann l'aurait employé avec succès dans la *melancholia atonica*.

Enfin, tout dernièrement, F.-A. Hoffmann a annoncé que l'injection sous-cutanée de 1/2 gramme de nitrite d'amyle à un lapin produit constamment un diabète sucré qui dure plusieurs heures et où la quantité de sucre peut s'élever à 2 0/0.

Tel est le résumé de ce long historique, où des opinions contradictoires sont émises sur un médicament dont les succès sont si nombreux et si variés qu'on ne peut les admettre qu'avec la plus grande réserve.

Le nitrite d'amyle, ou éther amyl-nitreux, a pour formule $C^{10}H^{11}NO^{4}$ ou $C^{10}H^{11}O,NO^{3}$. Il est liquide, légèrement jaunâtre, d'une densité de 0,877, entre en ébullition entre 91° et 96° C. Quoique devant être neutre, il a généralement une réaction et un goût acide. Il exhale une odeur de fruit pénétrante, mais assez agréable. On doit le conserver en vases clos, sinon son action thérapeutique s'affaiblit beaucoup.

M. Amez-Droz a observé sur l'homme sain les effets suivants produits par l'inhalation des vapeurs de nitrite d'amyle : immédiatement, sentiment de chaleur qui semble se localiser à la tête et que l'auteur n'a jamais pu, sur lui-même, observer dans les membres ; battements des carotides et des artères temporales, pouls plus rapide, parfois du double, et en même temps plus ample et plus dur, quelquefois des palpitations de cœur, violents accès de toux dus à l'excitation de la muqueuse des voies aériennes, lourdeur de tête, vertige, angoisse obligeant à cesser l'expérience. Les symptômes disparaissent rapidement, sauf la céphalalgie, qui

persiste fréquemment. Jamais on n'observe de variations dans le diamètre des pupilles.

Quelques gouttes de ce liquide jetées dans un bocal plein d'eau et contenant des grenouilles produisent chez elles une vive agitation suivie de mort.

De même, les vapeurs de quelques gouttes de nitrite d'amyle font périr des araignées, des mouches enfermées dans un vase.

Sur des mammifères (lapins et chiens), ce liquide est egalement toxique, soit en inhalations ou en injections dans les vaisseaux ; mais ses effets sont beaucoup moins violents lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané. Voici les principaux résultats de six expériences rapportées dans ce travail : Abaissement de la température de 2° environ chez le lapin, convulsions dans les muscles des membres et du tronc et parfois du diaphragme, dyspnée et augmentation considérable dans le nombre des battements cardiaques qui deviennent assez violents. Il faut aussi noter l'émission d'une urine abondante et des excréments, des éructations, des vomissements et la coloration noire du sang après la mort.

Après avoir ainsi constaté l'action toxique et les phénomènes principaux produits par le nitrite d'amyle, l'auteur fit des expériences dans le but d'étudier spécialement l'abaissement de la pression sanguine et la dilatation des vaisseaux.

Pour l'étude de l'abaissement de la pression sanguine, on se servit d'un manomètre à mercure et du kymographion de Ludwig. Sur un chien de forte taille, la pression sanguine, sous l'influence d'une injection dans les vaisseaux de 6 décigrammes de nitrite d'amyle, subit un abaissement de 80 à 100 millimètres de mercure. Mais la pression se relève rapidement et revient ensuite peu à peu à ce qu'elle était avant l'expérience. Des résultats analogues sont obtenus sur un second chien. Sur un lapin, la respiration de quelques gouttes de nitrite d'amyle produit également un abaissement d'environ 30 millimètres de mercure.

Pour étudier la dilatation des capillaires sanguins, des grenouilles étaient enfermées dans une boîte en fer-blanc, et l'une de leurs pattes, sortant par une échancrure, était disposée de telle sorte que l'on avait sous le champ du microscope la membrane natatoire. On ne remarqua rien dans les petites veines ; on constata une dilatation notable des capillaires, mais les petites artères présentèrent une augmentation de leur diamètre telle qu'il pouvait être doublé. Cette dilatation se produisait immédiatement, et au bout de 15 à 20 minutes elle diminuait, que l'inhalation fût continuée ou non, et alors le diamètre du vaisseau devenait plus petit qu'avant l'inhalation. En même temps, la vitesse du cours du sang devenait moindre.

Comment agit ce médicament ? L'auteur ne veut, dit-il, que mettre en relief les opinions les plus probables.

Ce n'est pas l'affaiblissement de l'action du cœur qui produit

l'abaissement de la pression sanguine, car il n'y aurait pas de dilatation des petites artères. C'est cette dilatation qui produit l'abaissement de la pression sanguine.

Cette dilatation des petits vaisseaux ne tient pas à une action, soit directe, soit réflexe, du nitrite d'amyle sur le bulbe, car Braunton a continué à observer la dilatation des capillaires, après avoir fait la section transversale de la moelle cervicale.

Il s'agit donc d'une action directe sur les vaso-moteurs. Mais, si l'on considère qu'il suffit que l'animal fasse quelques mouvements pour que ces vaisseaux dilatés se contractent immédiatement, on ne peut admettre qu'ils soient paralysés. Aussi l'auteur est-il porté à admettre que les nerfs qui président à la contraction des vaisseaux ne sont pas influencés par le nitrite d'amyle, tandis que les nerfs dilatateurs sont excités. Il pense également que ce n'est pas le nitrite d'amyle qui produit directement cette excitation, mais que celle-ci est due à l'action du sang privé d'oxygène et surchargé d'acide carbonique.

L'accélération du cœur dépend de la dilatation des capillaires.

L'emploi thérapeutique du nitrite d'amyle est indiqué partout où l'on croit avoir une contraction spasmodique des vaisseaux capillaires. Le nitrite d'amyle a donc sa place marquée à côté de la digitale. A. JOFFROY.

Du traitement de la constipation habituelle par le podophyllin, par le Dr Constantin PAUL. (*Soc. thérap.*, 9 *avril* 1873.)

Le podophyllum peltatum, de la famille des berbéridacées, est une herbe vivace qui croît dans l'Amérique du Nord, aux États-Unis, où il est désigné aussi sous le nom d'Ipécacuanha de la Caroline. La tige est un rhizôme souterrain d'où s'élèvent des feuilles alternes, peltées, digitinervées, digitilobées ; leurs fleurs sont solitaires. On obtient du rhizôme du podophyllum un extrait alcoolique nommé podophylline ou plutôt podophyllin.

Employé depuis un temps immémorial par les Indiens de l'Amérique du Sud, il fut introduit dans la pratique par les médecins américains du Nord, et en particulier en 1844 par le Dr King, de Cincinnati, ensuite par Trousseau (*Clin. méd.*) et Blondeau (*Bull. thérap.* 1864.)

La poudre de racine de podophyllum a une odeur vireuse comparable à celle de l'ipéca. A la dose de 0,50 à 1 gr. le podophyllum purge d'une manière très-sûre en donnant des garde-robes très-abondantes, bilieuses, et n'agissant que d'une manière modérée sur l'élément musculaire des intestins. A la dose de 1 gr. 50 à 3 gr. il agit comme les drastiques et produit des contractions violentes

et douloureuses des muscles intestinaux, et peut déterminer des vomissements.

La dose moyenne est de 5 à 10 cent. pour obtenir une purgation. A forte dose, l'action irritante sur la muqueuse est très-marquée et produit des vertiges, des sueurs, des nausées, des vomissements.

Ce purgatif possède d'autres propriétés fort importantes; c'est de ne pas produire de constipation consécutive, de ne pas perdre son action après un emploi prolongé; c'est, à la dose de 2 à 5 centigrammes, de provoquer, au bout de 10 à 12 heures, l'expulsion des matières contenues dans le gros intestin, de sorte qu'en donnant une pilule de podophyllin le soir au moment du coucher, on provoque dans la matinée une garde-robe sans coliques.

A petites doses, il peut aussi agir sur les glandes salivaires, produire la salivation sans donner lieu à la gingivite ulcéreuse ou aux autres accidents du mercure (Ramskill). Déposé sur la peau, il est irritant, comme la scammonée. Il est doué aussi d'une action irritante sur les muqueuses nasale et conjonctivale, et produit quelquefois chez les personnes qui préparent le podophyllin une éruption vésiculeuse. Van der Corput l'a même signalée à la suite de l'administration interne du médicament.

Action thérapeutique. Le Dr Constantin Paul a employé avec grand succès le podophyllin à la dose de 0,03 cent. contre la constipation, suivant cette formule :

podophyllin	0,03 cent.
miel	q. s.

pour une pilule; faites 20 pilules semblable qu'on argentera.

Il fait prendre au moment du coucher une pilule tous les soirs et le lendemain matin; il se produit une garde-robe naturelle sans coliques ni tranchées. On peut en faire prendre deux le lendemain, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait production d'une garde-robe. Les résultats obtenus ont été remarquables dans des cas de constipation entretenue par la grossesse ou des affections utérines.

Le Dr C. Paul n'associe pas la belladone au podophyllin, comme le faisait Trousseau, parce que cette addition de la belladone a des inconvénients et peut produire quelques accidents toxiques. Habershon pense que l'adjonction du cannabis indica peut diminuer les coliques comme la belladone ou la jusquiame, quand on administre le podophyllin à dose laxative; d'après lui, le chlorure de sodium augmenterait son action, et l'acide lactique la diminuerait.

On a encore employé le podophyllin contre la congestion du foie, les hémorrhoïdes, la colique hépatique, les affections vermineuses. Van der Corput l'a aussi administré contre la colique hépatique sous cette forme :

Podophyllin	0,30
Ext. de noix vomique — de belladone	0,30

pour 10 pilules, 2 à 3 par jour.

D'autres auteurs l'ont employé pour en faire un révulsif intestinal dans les affections cérébrales (Habershon), contre la syphilis, le delirium tremens (Laycock); enfin on l'a même mis en usage comme emménagogue, et dans une épidémie de fièvre typhoïde, en 1871 (Hjaltelin, en Islande.)

Mais l'action la plus importante, la plus vraie est celle qu'il exerce sur la constipation. HENRI HUCHARD.

Die Behandlung des Rheumatismus acutus mit festen Verbänden (Traitement du rhumatisme aigu par les appareils inamovibles), par le Dr W. ŒHME. (*Archiv der Heilkunde*, 1873, 5e *livraison.*)

L'auteur a fait des observations comparatives qui lui ont démontré l'influence favorable des appareils inamovibles sur les douleurs, sur la fièvre et sur la durée de la maladie. Les résultats de ces observations sont donnés dans un tableau statistique où se trouvent en regard 45 cas traités par la méthode ordinaire et 45 autres cas soignés par l'immobilisation.

La douleur disparaissait presque toujours peu de temps après l'application de l'appareil ; dans les cas les plus intenses, la douleur avait disparu complétement au bout de trois jours. Les articulations dans lesquelles la douleur persistait le plus longtemps étaient toujours celles où l'application de l'appareil présentait le plus de difficultés. Ainsi, sur 226 articulations atteintes, 45 devinrent indolentes au bout d'une demi-journée ; 63 entre le premier et le second jour ; 69 le second jour ; 38 le troisième jour, et les seuls cas où la douleur dura plus de 30 jours se rapportent aux articulations de la hanche, de l'épaule et des doigts.

Un second tableau démontre que la date de la disparition totale des douleurs est bien plus rapprochée du début de la maladie ; tandis que la durée moyenne des douleurs est de 21 jours, elle n'est que de 13 jours dans les cas traités par l'immobilisation. Deux cas surtout ont été remarquables sous ce rapport, la douleur ayant disparu immédiatement après l'application du bandage.

La durée moyenne de l'état fébrile est diminuée de trois jours par l'application du bandage inamovible.

Il résulte de ce fait que la maladie elle-même se trouve abrégée dans sa durée ; deux tableaux comparatifs se rapportant à 45 observations de chaque mode de traitement font voir que la ma-

ladie a diminué en moyenne de sept jours avec le bandage inamovible.

Il était important de savoir comment se comportent les complications cardiaques dans le rhumatisme traité de cette façon. Si les douleurs articulaires diminuent, si la fièvre dure moins longtemps, si enfin toute la maladie est abrégée, on peut espérer que les complications seront moins nombreuses. L'auteur n'a observé que 15 cas de complications cardiaques dont la plupart existaient déjà avant l'admission du malade. Mais il considère comme probable que la guérison rapide du rhumatisme articulaire diminue les chances de la complication cardiaque. En effet, d'après les observations de Francis Sibson (*Brit. med. Journ. Aug.* 13. 1870), les rhumatismes avec complication cardiaque, durent plus longtemps que les autres ; sur 27 cas avec endocardite, les douleurs articulaires ont duré 13 fois plus de 21 jours, tandis que sur 33 cas sans complications, les douleurs articulaires n'ont dépassé que 5 fois cette durée.

A ce travail est annexé un tableau indiquant l'âge, le sexe du malade, l'articulation atteinte, les complications, le traitement, etc.

KLEIN.

Der III. internationale medizinische Kongress. — Diskussion über die Impffrage (Le troisième congrès médical international. — Discussion sur la vaccine), Referent : prof. HEBRA ; Correferenten : Dr AUSPITZ et KAPOSI. (*Wiener medizinische Presse*, 1873, *nos* 30, 36 *et* 37.)

La première question soumise à l'étude du congrès a été la *vaccination*. Le comité chargé de préparer le terrain sur lequel devait rouler la discussion était composé de Hebra, Auspitz et Kaposi ; il fut décidé que l'on discuterait successivement chacun des trois points suivants : *a*) D'une façon générale, doit-on vacciner ? *b*) En admettant que la vaccination soit utile, doit-on avoir recours au vaccin pris sur l'homme ou au vaccin primitif de la vache ? *c*) Comment doit-on se procurer le vaccin, et par quels procédés faut-il le conserver ?

La première de ces questions a donné lieu à une discussion remplie d'intérêt, car il s'agissait non pas tant d'affirmer l'utilité de la vaccine que de décréter la vaccination obligatoire. Le rapport du comité se prononçait en faveur de la vaccine en s'appuyant sur les nombreuses statistiques prises dans le cours de la plupart des épidémies de variole ; il proposait la vaccination obligatoire en vertu du principe suivant : tout individu atteint de variole peut devenir un foyer d'infection et nuire par conséquent à la société ; or si l'État peut laisser à chaque individu le soin de se préserver comme il l'en

tendra d'un danger auquel il est exposé, il est au contraire de son devoir d'empêcher qu'un individu puisse devenir dangereux pour ses semblables.

La grande majorité du congrès se rangea à cette manière de voir, et 155 voix sur 162 votants adoptèrent la proposition suivante : « *Le troisième congrès international de médecine recommande aux gouvernements l'institution de la vaccination obligatoire.* » La discussion de cette proposition est très-intéressante à suivre, bien que trois orateurs seulement l'aient combattue franchement. Mais un grand nombre de médecins venant des différentes contrées de l'Europe ont apporté des faits statistiques précieux dont nous ne pourrons exposer ici qu'un résumé très-succinct.

Reitz (de Saint-Pétersbourg), le seul adversaire de la vaccination obligatoire qui ait fourni contre elle des arguments un peu sérieux, a produit devant le congrès le résultat d'observations prises à l'hôpital d'enfants Elisabeth ; celles-ci ont porté sur 18,786 enfants.

Sur 8,326 enfants vaccinés 133 furent atteints de variole, ce qui fait une moyenne de 1,6 0/0 ; sur 10,460 enfants non vaccinés on compta 215 varioleux, c'est-à-dire une moyenne de 2 0/0.—L'orateur conclut de ces statistiques que l'action de la vaccine est insignifiant et même pour le premier âge où ses effets passent pour être les plus marqués. Il produit également d'autres statistiques, prises dans divers hôpitaux allemands, qui prouveraient une mortalité plus considérable chez les varioleux vaccinés et revaccinés que chez les non vaccinés. Sur 820 varioleux vaccinés ou revaccinés, il y eut 256 décès, c'est-à-dire une mortalité de 31,2 0/0 ; sur 86 varioleux non vaccinés 26 seulement succombèrent, ce qui donne seulement une moyenne de 26,70/0.

Hermann (de Pesth), autre adversaire de la vaccine, soutient à peu près la même thèse que le précédent orateur ; il essaye de prouver par des chiffres que la variole compte chaque année un plus ou moins grand nombre de victimes, sans que les vaccinations aient la moindre influence sur ces chiffres. Un de ses arguments est aussi cette particularité que la variole frappe surtout les enfants, puis les individus de la période de dix à trente ans, tandis qu'elle devient bien plus rare à partir de trente ans.

Les discours de *Reitz* et *Hermann* ont été vivement combattus par tous les autres orateurs. Le professeur *Crocq* (de Bruxelles) cite les observations qu'il a prises pendant l'épidémie qui sévit, en 1865, à Bruxelles : le nombre des personnes atteintes atteignit 4,000. Chez les vaccinés, la mortalité n'était que de 2 0/0 ; chez les non vaccinés elle atteignit la moyenne de 70 0/0.

Schneider (de Java) expose qu'une pratique de 20 années lui a démontré jusqu'à l'évidence les effets utiles de la vaccine. A Java régna, en 1865, une épidémie de variole qui s'étendit de l'est à l'ouest ; le district du centre où avaient été faites des vaccinations, fut

respecté par la maladie qui « sauta par-dessus » en quelque sorte, pour me servir de l'expression même de l'orateur.

Müller (de Berlin) conteste les chiffres allégués précédemment contre les effets utiles de la vaccine.

Neuman (de Vienne) apporte les statistiques qu'il a recueillies dans son hôpital, lors de la dernière épidémie :

Sur 1,148 malades, 140 moururent ,c'est-à-dire 12, 2 0/0,
— — 1,030 étaient vaccinés,
— — 91 ne l'étaient pas,
— — 27 étaient douteux.

Sur les 1,030 vaccinés il y eut 90 décès, c'est-à-dire une mortalité de 8,7 0/0 ;

Sur les 91 non vaccinés 40 décès, c'est-à-dire une mortalité de 43,9 0/0.

La mortalité de ces derniers est donc 5 fois plus considérable que celle des premiers.

Pastau (de Breslau) donne des détails sur l'épidémie de variole qui sévit à Breslau de 1871 à 1872. On compta 7,054 varioleux dans les hôpitaux. En Prusse, la plupart des enfants, dit l'orateur, sont vaccinés; 437 enfants non vaccinés furent atteints par la maladie, tandis que l'on ne compta que 39 cas parmi les enfants vaccinés. Chez les premiers la variole présenta en outre un plus grand degré de gravité.

L'orateur compare l'intensité de l'épidémie dans la populations civile et la population militaire (on sait qu'en Prusse la vaccination est obligatoire dans les régiments) ; tandis que sur 100 soldats on nota 43 varioleux, on en compta 73 dans la population civile.

Les deux autres questions posées par le comité ont été reléguées au second plan dans les discussions du congrès, aussi ne ferons-nous que résumer ici les principales conclusions du rapport même. Pour le choix du vaccin, il faudrait préférer, d'une façon générale, le vaccin pris sur l'homme et réserver le vaccin primitif de la vache pour certains cas particuliers, lorsque par exemple un individu, dans la crainte de se faire inoculer une maladie contagieuse, refuse énergiquement le vaccin humain.

Quant au mode de conservation du vaccin, les rapporteurs penchent surtout pour la suspension de la lymphe dans la glycérine ; ce procédé serait plus économique et tout aussi sûr que celui des fioles capillaires.

La tuberculose, la scrofulose et le rachitis peuvent-ils être transportés d'un individu à un autre par le fait de la vaccination? Le rapport remarque qu'aucun fait n'est encore venu prouver cette supposition ; pour ce qui regarde la syphilis vaccinale, les faits sont relativement peu nombreux, mais ils existent. Le danger, du reste, peut être écarté si le médecin est bien décidé à ne pas franchir les limites d'une extrême prudence.

L. E. DUPUY.

Der III. internationale medizinische Kongress (3e congrès médical international).

I. Die Quarantaine-Frage mit Beziehung auf cholera (La question des quarantaines envisagée au point de vue du choléra).

II. Die Quarantaine-Frage im Allgemeinen (Des quarantaines en général).
(*Wiener medizinische Presse*, 1873, *nos* 31, 39, 40, 43).

I. — La conférence de Constantinople s'était montrée, en 1866, favorable aux quarantaines, en vue d'éviter la propagation du choléra. Du moins, elle admit le principe des quarantaines, tout en faisant certaines réserves au point de vue de la pratique.

Cette même question revient aujourd'hui devant le congrès de Vienne, et l'on pourra juger tout de suite, d'après les conclusions suivantes adoptées par l'assemblée, qu'il s'est fait, au sujet des quarantaines, un revirement d'opinion très-marqué :

1. Les quarantaines doivent être supprimées sur terre et sur les fleuves (Proposition adoptée par 166 voix sur 180 votants).

2. Les quarantaines doivent être conservées pour les mers provisoirement (Proposition adoptée seulement par 129 voix sur 180 votants).

3. Une commission internationale sera nommée à l'effet d'étudier le mode de propagation du choléra; le but de cette étude est de trouver des règlements plus utiles que ceux en vigueur jusqu'à ce jour (Proposition adoptée à l'unanimité moins 4 voix).

Avant le commencement de la discussion, *Oser*, *Drasch*, *Witlacil*, rapporteurs chargés d'élaborer la question des quarantaines, avaient adressé à celles-ci un grand nombre d'objections dont voici les principales :

a) Un isolement complet est impossible.

b) Il existe toujours entre le début vrai d'une épidémie et la constatation officielle de celle-ci un espace de temps suffisant pour permettre au fléau de gagner dans toutes les directions.

c) Dans certains cas, la période d'incubation est plus longue que le délai réglementaire de la quarantaine ; d'autre part, des individus atteints de diarrhée prémonitoire savent se soustraire à la surveillance et s'en vont propager le choléra.

d) Quelques faits peu importants qui échappent toujours, pour une cause ou pour une autre, à la surveillance la plus active, sont suffisants pour déterminer une épidémie très-intense de choléra.

e) Des patentes inexactes, des déclarations fausses des capitaines ou du public, sont inévitables.

f) Les rapports nombreux établis entre les populations par les

nouveaux moyens de communication et surtout par les chemins de fer, frappent les quarantaines d'impuissance.

g). Les conditions hygiéniques de certains lazarets sont détestables et semblent plutôt devoir provoquer une épidémie que l'arrêter.

Plusieurs orateurs ont développé ou appuyé les mêmes conclusions en se montrant même plus hostiles aux quarantaines que le rapport lui-même. Voici les noms d'un certain nombre d'entre eux : *Schneider* (Java), *Hassan Effendi* (Caire), *Caminhoa* (Brésil), *Grosz* (Buda-Pesth), *Grégoire* (Belgrade), etc.

II. — Quant à la question des quarantaines en général, voici les conclusions adoptées par l'assemblée à une grande majorité (156 voix sur 181 votants) :

1. La quarantaine doit être limitée au temps nécessaire pour inspecter et désinfecter le navire, l'équipage et les passagers. Lorsque le navire ne renferme pas de malades, on le laissera libre après l'avoir préalablement désinfecté ; lorsqu'au contraire, il renferme des malades, ceux-ci doivent être isolés et le navire, après avoir été désinfecté, ainsi que sa cargaison, sera laissé libre.

2. Pour la fièvre jaune et la peste, les dispositions actuellement en vigueur sont maintenues.

3. La première chose dont on doive se préoccuper avant tout est de modifier dans le sens précédemment indiqué les quarantaines existant actuellement.

4. Pour établir des règles sanitaires générales efficaces, il est urgent d'instituer une commission internationale d'études, chargée de combler les *desiderata* qui subsistent malgré les travaux des conférences tenues antérieurement sur la peste et le choléra.

Ces conclusions furent votées après une discussion peu prolongée, où nous noterons les considérations intéressantes dans lesquelles sont entrés : *Sigmund* (de Vienne), *Caminhoa*, *Walner*, *Seidervitz* (d'Amérique), *Auspitz* (de Vienne) et *Spaets*.

L. E. DUPUY.

TRAVAUX A CONSULTER.

On the constitution and action of croton-chloral-hydrat, par Oscar LIEBREICH brit. med. assoc. (*Brit. med. journ*, 30 *août* 1873.)

Le Dr Liebreich expose l'action et les indications de ce médicament, qu'il compare à l'hydrate de chloral. Au point de vue de son action, il diffère de l'hydrate de chloral en ce qu'il ne produit que le sommeil, sans

affecter la tonicité musculaire, ni la circulation, ni la respiration: aussi est-il indiqué chez les sujets atteints d'affection cardiaque et dans les cas de névralgie de trijumeau. Quand le sommeil ne peut être provoqué que par de fortes doses de chloral, Liebreich conseille d'ajouter au médiment, le croton-chloral. A. GOUGUENHEIM.

Ueber den Einfluss des Alcohols auf die Körperwärme (Action de l'alcool sur la température du corps), par Fr. RIEGEL. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, 12e vol., page* 79.)

L'alcool produit-il, à dose thérapeutique, un abaissement de la température? peut-il être utilisé comme agent anti-pyrétique? Les auteurs qui ont publié les travaux les plus récents sur cette question sont arrivés à des conclusions opposées. Tandis que Bouvier, Binz et Jürgensen répondaient affirmativement, Obernier et Rabow se prononçaient pour la négative.

En présence de ces assertions contradictoires, de nouvelles recherches devenaient nécessaires; il importait de savoir exactement quelle action ce médicament si fréquemment employé dans les maladies aiguës, pouvait exercer sur l'élément *fièvre;* Riegel a entrepris de résoudre la question par une série d'expériences qui paraissent avoir été conduites avec le plus grand soin. Les résultats auxquels il est arrivé peuvent être résumés dans les propositions suivantes:

1° L'alcool, même à doses moyennes, abaisse le plus souvent la température, mais seulement de quelques dizièmes de degré.

2° Il est tout à fait exceptionnel que l'injection de l'alcool ait pour effet une légère élévation de la température.

3° L'abaissement est moins marqué chez les convalescents que chez les individus sains.

4° Chez les alcooliques, l'alcool reste sans action sur la température.

5° L'abaissement est en raison directe de la quantité d'alcool ingérée.

6° Le refroidissement est généralement de courte durée.

L'action du médicament est la même chez le fébricitant que chez l'individu sain; on doit seulement administrer des doses plus élevées pour obtenir un résultat égal.

On voit par là que l'alcool ne peut être réellement compté parmi les agents antipyrétiques; son influence sur la température du corps est trop peu considérable pour qu'on puisse en tenir compte, au point de vue clinique.

Riegel se rattache à l'opinion qui considère l'alcool comme un médicament d'épargne; il entraverait les combustions organiques et retarderait ainsi les progrès de la consomption fébrile. H. HALLOPEAU.

Sur les effets physiologiques de l'hydrate de chloral pur sur les animaux et sur l'homme, par MM. HORAND et PEUCH. (*Gaz méd. de Paris, n° 44 et Soc. thérap., 5 juin* 1872.)

Étudiant d'abord l'action de l'hydrate de chloral sur les animaux, les auteurs divisent les effets physiologique en *locaux* et *généraux*.

1° *Effets locaux.* — Injecté sous la peau dans la proportion de 4 à 5 grammes de chloral pour 15 à 20 grammes d'eau, ce composé provoque une irritation locale qui peut aller jusqu'à la mortification des tissus. — Lorsqu'on l'administre par la bouche, il peut survenir des vomissements qui sont dus à l'action irritative du chloral sur la muqueuse de l'estomac ; ce qui le prouve, c'est que l'injection de cette substance par les veines ou dans le tissu cellulaire n'est pas capable de produire des vomissements. Cette irritation locale peut s'exercer sur les glandes salivaires et donner lieu à une abondante sécrétion de liquide salivaire.

2° *Effets généraux.* — Les expériences auxquelles les auteurs se sont livrés prouvent que le chloral est un puissant hypnotique; qu'il détermine rapidement la résolution musculaire, qu'il diminue la sensibilité. L'hydrate de chloral agit donc sur le cerveau et la moelle épinière; il exerce aussi une action sur le système nerveux ganglionnaire : injection des capillaires, de la peau, des muqueuses, des séreuses; dilatation des pupilles; injection des vaisseaux du cerveau, etc. C'est de plus un puissant sédatif dont l'action peut déterminer un ralentissement notable de la circulation et de la respiration, en même temps qu'un abaissement de la température animale.

Effets physiologiques sur l'homme. — Le chloral peut déterminer la mort chez l'homme et à des doses quelquefois peu considérables, témoin le fait de cette jeune fille hystérique, qui succomba à la suite d'une potion contenant 1 gramme 65 de chloral (*Lancet*, 25 mars 1871). Dans ce cas, les accidents sont analogues à ceux qu'on observe chez les animaux; abolition de la motilité avec résolution des membres, diminution, puis suppression de la sensibilité, ralentissement de la respiration et de la circulation, abaissement de la température, enfin arrêt du cœur.

Pour obtenir un effet hypnotique, on doit employer le chloral à la dose de 2 à 3 grammes pour l'homme, de 1 à 2 grammes pour l'adulte ; de 0,50 à 1 gramme pour les enfants au-dessus de 5 ans ; de 0,10 à 0,20 po les nouveaux-nés.

L'examen ophthalmoscopique pratiqué dix minutes, une demi-heure ou une heure après l'emploi du chloral à la dose de 1 gramme, n'a montré aucun changement dans les vaisseaux du fond de l'œil.

HENRI HUCHARD.

Note sur l'action physiologique de quelques-uns des alcaloïdes de l'opium, par M. LABORDE. (*Soc. Biol.*, 25 *janvier* 1873.)

1° A la suite de l'injection sous-cutanée, chez un chien, de 5 à 7 centigrammes de chlorhydrate de morphine, on peut observer au commencement

du narcotisme et pendant sa durée, un clignotement convulsif continu des paupières et surtout de la paupière supérieure, phénomène dû à l'exagération des actes réflexes, qui est une conséquence habituelle de l'action de la morphine.

2° Tandis que la contraction et le rétrécissement pupillaires s'observent après l'absorption des alcaloïdes de l'opium qui produisent surtout le narcotisme, la dilatation pupillaire se produit, au contraire, sous l'influence des alcaloïdes convulsivants, surtout de la thébaïne.

3° Sous l'influence du chlorhydrate de morphine donné en injection à la dose de 5 à 7 centigrammes, la température s'abaisse de 2, quelquefois de 3 degrés centigrades pendant la durée du sommeil.

HENRI HUCHARD.

On the therapeutical action of sulphur (De l'action thérapeutique du soufre), par Charles ROBERTS. (*St-George's Hospital Reports, vol. VI*, 1871-2, *p.* 179.)

Le soufre employé en médecine est généralement impur : préparé par sublimation, il contient de l'acide sulfureux libre et souvent de l'acide sulfurique ; obtenu par précipitation, il renferme d'ordinaire du sulfate de chaux et de l'hydrogène sulfuré ; enfin la variété dite *en canon* n'a point été trouvée par l'auteur dépourvue d'acide. Or, c'est à ses impuretés qu'il faut attribuer les propriétés médicinales dont le soufre paraît jouir. Employé à l'intérieur, ce métalloïde, quelque insoluble qu'il soit dans les sucs digestifs, peut passer, comme divers corps pulvérulents, dans les veines du mésentère et probablement dans les vaisseaux, lactés ; il résulte de cette absorption que le soufre existe en plus grande quantité dans les urines, à cause principalement des acides associés au soufre ingéré par le sujet, et l'on doit rapporter à la même origine le fait d'un malade dans les poches de qui l'argent prit une couleur noire, grâce au sulfate formé. Suivant toute apparence, le soufre est éliminé tel quel, sans altération : il n'est, d'ailleurs, absorbé qu'en proportion minime, et ceux qui le prescrivent à l'intérieur ne sauraient en obtenir aucun effet thérapeutique, sauf une action purement locale sur le tube digestif. Quant à l'usage externe du médicament dont il est question, l'auteur l'a étudié dans une série d'expériences desquelles il découle : 1° que le soufrage des plantes infestées de parasites n'agit point, contrairement à l'opinion de M. J. Berkeley, par la combinaison du soufre avec l'oxygène à l'état naissant dégagé par les feuilles, mais uniquement parce que le soufre employé contient d'avance des acides ; 2° que les parasites et les ferments ne sont nullement détruits par le soufre *pur*, tandis qu'ils meurent toujours sous l'influence du soufre *pur additionné intentionnellement d'acide sulfureux*. Conséquences pratiques : le soufre donné à l'intérieur peut être remplacé par le séné ou l'huile de ricin ; à l'extérieur, il réussit en pommade contre la gale, mais on peut substituer à cette vieille formule des succédanés aussi utiles et que ni la graisse ni l'odeur sulfureuse ne rendent répugnants.

P. GINGEOT.

Note sur les hyposulfates, par RABUTEAU. (*Soc. biol.*, 5 *juill.* 1873.)

Les hyposulfates ne subissent aucune oxydation dans l'organisme et sont éliminés en nature ; injectés dans le sang, les hyposulfates de soude et de magnésie constipent. M. Rabuteau en a conclu qu'ils étaient purgatifs, et l'expérience lui a démontré que l'hyposulfate de soude à la dose de 20 grammes produit des effets purgatifs satisfaisants. De plus, les hyposulfates sont solubles, et il semble qu'ils pourraient peut-être rendre quelques services à titre d'éliminateur.

HENRI HUCHARD.

Documents pour servir à l'histoire du bromure de potassium, par le Dr J. DROUET, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard. (*Ann. méd. psych.*, *sept.* 1873.)

Le Dr Drouet a eu recours au bromure de potassium dans les cas les plus divers, pour guérir l'épilepsie, pour guérir l'agitation maniaque, pour remédier aux habitudes d'onanisme des malades et enfin pour leur procurer du sommeil.

Malgré l'administration longtemps continuée, dans plusieurs cas, du sel bromique, l'auteur n'a obtenu aucun résultat satisfaisant, et sa pratique d'une manière générale le conduit à penser que le bromure de potassium « aura, avec le temps, le même sort que l'indigo, l'oxyde de zinc, la valériane, l'eau de laurier cerise, le camphre et bien d'autres panacées à peu près délaissées aujourd'hui par un grand nombre de praticiens. »

Sans s'associer aux éloges trop pompeusement proclamés sur les effets merveilleux du bromure de potassium, on ne peut partager non plus la désespérante conviction du Dr Drouet. Dans l'épilepsie, en particulier, on a lieu quotidiennement de s'assurer sinon de l'action curative du bromure de potassium, du moins de son influence favorable qui se traduit par la diminution du nombre et de l'intensité des attaques et des vertiges.

M.

Des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires ; note lue à la soc. méd. des hôp., par le Dr LIBERMANN, méd. du Gros-Caillou. (*Un. méd.*, *n°* 102, *p.* 333.)

L'auteur décrit l'appareil du docteur Lœwin, à l'aide duquel il administre le chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant, en le faisant respirer. Il a reconnu le bon effet de ces inhalations dans l'angine et la laryngite granuleuse simple ; mais les affections herpétiques du larynx et du pharynx n'ont été que modifiées par ce traitement. La bronchite chronique simple a été presque toujours guérie rapidement, mais la bronchite chronique accompagnée d'emphysème a résisté plus longtemps. Quelques cas

d'asthme et de coqueluche ont cédé rapidement ; des accès d'angine de poitrine ont été diminués de longueur. J. C.

Note sur le vin de quinquina et sur le vin de quinquina ferrugineux; recherches analytiques, par M. SCHLAGDENHAUFFEN. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1873, *t. XVIII*, *p.* 267 *et* 358.)

Il ne s'agit pas seulement d'une note, mais plutôt d'un mémoire dans lequel M. Schlagdenhauffen, qui est un compatriote, a donné les résultats d'un grand nombre d'analyses de vins blancs et rouges, et des vins de quiquina gris préparés avec les premiers. Il a effectué avec soin le dosage du dépôt obtenu avec les vins de quinquinas de provenances diverses, le dosage du fer et des cendres, le dosage des alcaloïdes et du tannin; enfin il a étudié la composition des vins de quinquina ferrugineux. Ne pouvant entrer dans les détails de ces diverses recherches, nous citerons seulement les conclusions dans lesquelles l'auteur a résumé l'ensemble de son travail.

1° Les médecins, en se basant sur l'analyse des quinquinas, admettent que les effets obtenus par ces deux préparations du Codex sont dus à l'ensemble des principes actifs de l'écorce. Nous n'essayerons pas de discuter cette question de thérapeutique ; nous ferons remarquer seulement que nos analyses nous ont démontré une très-grande différence entre les principes dissous dans le vin et ceux qui existent dans l'écorce; par conséquent, pour déterminer la valeur exacte de ces médicaments, il nous semble qu'il faut, avant tout, connaître les principes qui en constituent la nature.

2° Les vins de provenances diverses sont loin d'épuiser le quinquina. Les vins médicinaux ne renferment que le cinquième, ou tout au plus le quart des alcaloïdes de l'écorce ; par conséquent, le pharmacien a tout intérêt à ne pas jeter le résidu qui représente les quatre cinquièmes ou les trois quarts de la valeur primitive du quinquina employé.

3° Le dépôt obtenu par l'addition de citrate de fer ammoniacal au vin de quinquina renferme beaucoup de matières colorantes et résineuses. On y trouve, en outre, 20 à 35 p. 100 d'oxyde de fer et 7 à 12 p. 100 d'alcaloïdes purs.

4° Le vin de quinquina ferrugineux ne renferme que le dixième ou tout au plus le huitième des alcaloïdes des écorces; les matières résineuses et tanniques n'y existent qu'en très-minime quantité, parce qu'elles sont retenues par le dépôt lors de la préparation du vin. Le citrate de fer y est presque complétement réduit à l'état de sel ferreux.

Ces analyses prouvent, une fois de plus, l'incompatibilité du fer et du quinquina dans cette préparation officinale. A. RABUTEAU.

On the treatment of enteric fever by the use of internal desinfection (Traitement de la fièvre typhoïde par l'usage interne des désinfectants), par Stephen SKINNER. (*The Practitioner, sept.* 1873.)

L'auteur dit qu'il s'est très-bien trouvé dans 20 cas du traitement par le sulfo-phénate de soude.

Mode d'administration, 1 gr. toutes les 4 heures pour les adultes. On peut augmenter cette dose jusqu'à 1 gr. 50, mais au-delà l'on pourrait craindre des symptômes cérébraux, qui, du reste, disparaissent vite lorsqu'on diminue la dose.

Pour les enfants, la dose doit être bien plus faible ; mais l'auteur ne l'indique pas.

Si la diarrhée est trop forte, l'on peut associer l'opium à chaque dose du médicament.

Donné pendant la période d'incubation, son effet semble être plus rapide. H. CH.

Sur la préparation des solutions destinées aux injections hypodermiques, par M. ADRIAN. (*Gaz. méd. de Paris, n°* 38.)

M. Adrian établit que le choix entre l'alcaloïde et les sels n'est pas indifférent et que l'on ne doit pas prescrire aux mêmes doses le chlorhydrate, le sulfate et l'acétate de morphine, etc. On en jugera, du reste, par l'examen des nombres suivants :

	alcaloïde cristallisé.	eau nécessaire pour dissoudre
1 gr. de chlorhydrate de morphine contient..	0,80	20
— sulfate.....	0,76	10
— acétate.....	0,86	5
— sulfate de strychnine.....	0,75	10
— chlorhydrate.....	0,83	8

On voit, par ce tableau, qu'un gramme d'acétate de morphine contient 10 centigrammes de morphine de plus que le même poids de sulfate; de plus, la solution est rarement assez limpide, et le filtrage au papier peut absorber une certaine quantité de liquide. Ces considérations conduisent M. Adrian à formuler un nouveau mode de préparation des solutions destinées aux injections hypodermiques :

« 1° Faire usage exclusivement des alcaloïdes d'origine végétale à l'état de pureté. Ils sont toujours bien définis, stables, d'une composition constante, tandis que leurs sels sont variables selon l'équivalent de l'acide qui a servi à les former, suivant aussi qu'ils renferment plus ou moins d'eau de cristallisation.

« 2° Prendre comme véhicule l'eau distillée bouillie contenant 20 p. 0/0 de glycérine pure.

« 3° Donner la préférence à l'acide sulfurique pur au 10e sur les autres acides.

« 4° Substituer la mesure en volume au dosage en poids. »

Les solutions proposées par M. Adrian doivent d'abord être expérimentées ; car, comme le fait remarquer avec raison M. le Dr N. Guéneau de Mussy, elles peuvent avoir les inconvénients d'une irritation locale par suite de la présence de l'acide sulfurique et de la glycérine.

HENRI HUCHARD.

Quattro casi di malattie dello stomaco, utilmente trattati col solfito di soda (Quatre cas de maladies de l'estomac traités avantageusement avec le sulfite de soude), par le Dr SILVESTRINI. (*Ann. delle sc. medic., an III,* 1873. *In Sperimentale,* 1873, *fasc.* 8e.)

Ces quatre cas ont été observés à Padoue dans le service de clinique médicale du professeur Pinali. La maladie était caractérisée par des vomissements de substances acides contenant une grande quantité de *sarcina ventriculi*. Il existait de la douleur épigastrique et des éructations.

Dans le premier cas, la dyspepsie était liée à une gastro-ectasie accompagnée d'un météorisme stomacal incessant consécutif à de la sténose ; dans le second, on ne découvrit aucune complication appréciable ; dans les troisième et quatrième cas elle était associée à une gastrite subaiguë ou chronique avec soif intense et constante durant l'accès de dyspepsie.

Pour ce qui est de la durée de la maladie, elle était de 4 ans dans les deux premiers cas, de 40 jours dans le troisième, et de moins d'une année dans le quatrième.

Après avoir essayé inutilement de plusieurs traitements (alcalins, amers, noix vomique, rhubarbe), le professeur Pinali eut l'idée de mettre à profit la propriété antifermentescible du sulfate de soude. Il donna d'abord de ce médicament 5 grammes après le principal repas, dissous dans 150 grammes d'eau. Le vomissement cessa à partir de ce jour. La sarcine disparut, ce dont on s'assura en provoquant le vomissement artificiel.

BARÉTY.

The treatment of neuralgia by electricity, par M. Georges-M. BEARD. (*The Practitioner, sept.* 1873.)

L'auteur pense que les divergences que l'on voit se produire sur la valeur de l'électricité dans le traitement des névralgies tiennent à plusieurs causes :

1° Erreur de diagnostic ; on confond une névralgie avec le rhumatisme, les lésions spinales, les douleurs erratiques de l'hystérie, et avec d'autres lésions locales.

2° On ne trouve pas le siége exact de la lésion, ou bien on n'agit pas exactement sur lui. Sans admettre que la lésion habituelle des névralgies soit l'atrophie des nerfs sensitifs, sa conviction est que la névralgie est une maladie d'origine centrale. Cependant l'on ne peut se refuser à admettre qu'il existe quelques névralgies d'origine périphérique.

Il résulte des considérations précédentes que dans nombre de cas on applique le courant seulement sur le siége de la douleur; or, la logique et l'expérience montrent que le système nerveux central doit être le point traité. Il admet que dans ces cas les douleurs périphériques n'étant que des manifestations mobiles, peuvent varier sans que la maladie s'éteigne.

3° L'action différente de la galvanisation et de la faradisation n'a pas toujours été suffisamment prise en considération. En général le galvanisme est préférable pour les névralgies vraies, mais le faradisme a aussi une action, seulement cela dépend de la nature du courant galvanique et du mode d'application.

Un courant violent fera presque toujours plus de mal que de bien, surtout si on l'emploie pendant la période d'irritation. Au contraire un courant faible et peu prolongé guérit ou soulage fréquemment la névralgie vraie.

L'action physiologique et thérapeutique des courants paraît varier non-seulement suivant la longueur et l'épaisseur des fils, mais encore avec le mode et le degré d'interruption et les détails de construction de l'hélice.

4° On a employé des courants trop forts et l'on a attaché trop d'imporance à la différentiation des pôles, qui, au point de vue thérapeutique ne présentent que des différences légères et mal connues. Pour faire une électrisation centrale l'auteur applique le pôle positif à la tête ou au cou.

5° Le traitement n'est pas continué avec persévérance.

Après avoir établi ces notions préliminaires, l'auteur étudie l'action de l'électricité dans les principales formes de névralgies.

A) *Migraine*. Peu d'influence de l'électricité, qui soulage seulement dans quelques cas. Puis il entre dans des considérations sur la manière d'appliquer les courants, pendant les accès ou dans l'intervalle de ceux-ci.

B) *Névralgie faciale*. La faradisation ou la galvanisation guériraient rapidement la névralgie faciale à frigore, mais dans les cas invétérés on n'obtient que du soulagement.Du reste, il recommande une extrême prudence dans l'emploi de l'électricité contre la névralgie faciale.

C) *Gastralgie*. Ici le succès est complet, dit-il, par la galvanisation car la faradisation est insuffisante. (Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas des gastralgies symptomatiques de lésions de l'estomac.)

D) *Sciatique*. Soulagement facile, mais guérison complète très-difficile pour plusieurs raisons:

1° Surface trop considérable du nerf sur laquelle il faut agir;

2° Profondeur trop considérable du nerf à son origine.

Dans la troisième partie de son travail, M. Beard indique d'une manière générale la méthode qu'il emploie.

Pour la sciatique, par exemple, il applique un pôle sur la colonne vertébrale au niveau de l'origine des nerfs qui se rendent aux membres inférieurs et promène l'autre doucement et continuellement sur tout le trajet de ces nerfs, en donnant une attention spéciale aux points douloureux. Le courant doit être assez fort pour donner une légère sensation de brûlure, sans être toutefois véritablement douloureuse.

L'auteur a également employé l'électropuncture et en a tiré d'assez grands avantages. H. CHOUPPE.

A case of rheumatic fever treated with a cold bath; death occuring immediately on leaving the bath (Bain froid donné dans un cas de fièvre rhumatismale; mort au sortir du bain), par M. Sidney RINGER. (*The Practitioner, octobre* 1873.)

L'auteur rapporte d'abord l'observation dans tous ses détails. L'influence du bain a été celle-ci:

Température initiale du bain, 33° abaissé jusqu'à 20°6.
Température initiale du sujet, 40°5 — 30°7.
Durée du bain, 44 minutes.

De ce qu'il peut y avoir de danger à l'administration des bains froids dans le rhumatisme, faut-il en conclure que l'on doit abandonner cette médication?

Doit-on attendre que l'hyperpyrexie se soit produite?

Ou bien faut-il agir quand une fièvre considérable, absence de douleurs articulaires, suppression de la transpiration et délire, montrent que l'hyperpyrexie est sur le point de se produire?

Comme jusqu'ici tous les cas d'hyperpyrexie rhumatismale ont eu une terminaison fatale, à moins qu'ils n'aient été traités par les bains froids, ajoute l'auteur, il est évident qu'un cas malheureux ne contre-indique en rien ce traitement alors que survient cette dangereuse complication.

H. CH.

On the employment of quinine in the treatment of rheumatic fever (De l'emploi de la quinine dans le traitement de la fièvre rhumatismale), par le Dr A. W. BARCLAY. (*St-George's Hospital Reports, vol. VI,* 1871-2, *p.* 101.)

Il est d'usage depuis longtemps, à l'hôpital Saint-Georges, et l'auteur, quant à lui, n'y manque point, de traiter le rhumatisme aigu par les alcalins à hautes doses. Abréger la durée de l'attaque, diminuer l'inflammation et la douleur, prévenir dans un grand nombre de cas les complications cardiaques, tel est le résultat de cette médication, dont l'objet immédiat est de neutraliser l'acide formé en excès. On se tromperait néanmoins si l'on croyait arrêter ainsi radicalement le cours des phénomènes morbides; la formation d'acide, pour être importante, n'est pas le fait essentiel dans la maladie rhumatismale, et s'il est vrai qu'elle accompagne invariablement le rhumatisme, il est également prouvé qu'on peut la rencontrer dans mainte circonstance toute différente, par exemple chez certains dyspeptiques. Chez ces derniers, la formation d'acide résulte de la fermentation gastrique, et l'acidité de l'urine est intermittente comme l'arrivée, dans le torrent circulatoire, des produits de cette fermentation. Il est même à noter que, pendant la durée de celle-ci, l'urine est au moins neutre et parfois fortement alcaline, comme si l'acide se formait non-seulement aux dépens des matières alimentaires, mais encore grâce à

l'intervention de l'appareil glandulaire qui le sécréterait en abondance, laissant de la sorte, une surcharge basique dans le sang. On s'expliquerait, dès lors, comment l'urine de ces dyspeptiques est alternativement très-alcaline et très-acide. Quoi qu'il en soit, le rein paraît être l'organe spécialement chargé de la purification du sang dans un sens ou dans l'autre ; cela est si vrai qu'au moment où le traitement alcalin a rendu, chez un rhumatisant, l'urine le plus fortement basique, la sueur et la salive restent d'une acidité extrême, et s'il arrive que la sécrétion sudorale devienne alcaline, on doit, selon l'auteur, tirer de ce fait un pronostic favorable.

Il est douteux que les alcalins fixes dissolvent le sang et qu'à la suite de leur emploi prolongé le purpura et d'autres effets analogues puissent être observés. Ce qui est certain, c'est que, à la longue, ils amènent des signes de dépression : le pouls ne faiblit point, il n'y a d'abord ni délire, ni collapsus, mais le mal traîne, et la convalescence tarde à s'établir ; le délire *ab anhæmiâ* finira par éclater si cet état de chose persiste. L'examen de l'urine permet de contrôler la dépression dont il s'agit : fortement acide au début et donnant des sédiments rougeâtres, ce liquide s'éclaircit complétement sous l'influence des alcalins, mais conserve une teinte foncée ; à mesure que le traitement se prolonge, on voit cette teinte pâlir graduellement jusqu'au jaune paille, et tôt ou tard des phosphates se déposent. Or, ce dernier phénomène accompagnant toujours la dépression, doit être regardé comme le meilleur indice de celle-ci. Que faire en pareil cas? Les stimulants ne sont pas inutiles, mais ils tendent à rallumer la maladie qui s'éteint. C'est alors que la quinine est efficace : on doit l'administrer, la langue fût-elle encore sale, et, dans la grande majorité des cas, elle rendra promptement l'urine limpide. Il sera bon, en même temps, de diminuer la dose des alcalins, mais l'expérience a montré que cette précaution n'est point indispensable au succès.

Quant à expliquer cette action remarquable de la quinine, le Dr Barclay s'avoue impuissant à le faire d'une manière pleinement satisfaisante. La théorie des dépôts urinaires laisse elle-même trop à désirer pour qu'on puisse raisonner avec quelque certitude sur le phénomène en question; et n'arrive-t-il pas souvent, à la surprise des chimistes, que l'état clair ou sédimenteux de l'urine paraît indépendant de l'acidité ou de l'alcalinité de ce liquide ? Si le dépôt des phosphates tenait sûrement à une désintégration plus active du tissu nerveux, on pourrait croire que la quinine ralentit celle-ci ; mais il n'est pas démontré que les phosphates soient plus abondamment formés quand ils se précipitent, ni que le tissu nerveux en soit la seule origine, à supposer qu'ils fussent vraiment plus abondants. Somme toute, l'auteur inclinerait peut-être à penser que la quinine agit plutôt sur la sécrétion rénale que sur la métamorphose des tissus : le sédiment reconnaîtrait pour cause une modification des fonctions du rein, en vertu de laquelle les phosphates éliminés seraient altérés chimiquement et rendus insolubles ; sous l'influence de la quinine, le mode sécrétoire changerait et la solubilité reviendrait aux phosphates. De l'aveu du Dr Barclay lui-même, cette théorie n'offre pas toute la clarté souhaitable ; mais le fait pratique subsiste, et l'on peut en rapprocher ce qui a lieu chez les individus affaiblis en général, à savoir que leurs urines, souvent plus ou moins alcalines, sont d'ordinaire sédimen-

teuses et que les dépôts disparaissent toujours lorsque les toniques, au nombre desquels figure habituellement la quinine, ont rétabli la santé.

P. GINGEOT.

De l'emploi de l'alcool dans la fièvre typhoïde et dans le choléra infantile, par le Dr FOURRIER, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Compiègne. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXV, p.* 241 *et* 292.)

La plupart des observations qui ont été relatées par l'auteur, et qui sont au nombre de quinze, ont été prises sur des soldats allemands, reçus dans les salles de l'ambulance internationale, qui avait été organisée à Compiègne pendant la guerre de 1870; quelques-unes ont été recueillies par l'auteur dans sa pratique civile. Il est résulté de l'examen de ces observations ce fait important que la maladie a eu une durée plus longue chez les malades qui n'avaient pas été traités par l'alcool, bien que les symptômes eussent été aussi graves dans les deux séries. La durée moyenne a été de cinquante-cinq jours environ pour les malades qui n'avaient pas pris d'alcool, tandis que chez les autres elle a été de trente à quarante jours seulement; de plus, la mortalité a été moindre. Aussi M. Fourrier croit-il pouvoir conclure de l'analyse des faits :

1° Que l'alcool a sur la marche de la fièvre typhoïde une action des plus favorables; qu'il en abrège la durée.

2° Que ce médicament paraît surtout être utile dans les cas où l'on observe du délire, et que ce symptôme disparaît rapidement sous l'influence de l'alcool.

L'auteur cite ensuite six observations de choléra infantile traité avec succès par ce même agent.

A. RABUTEAU.

The febrifuge properties of the cinchona alkaloids: cinchonia, quinidia and cinchonidra (Des propriétés fébrifuges des alcaloïdes du quinquina : quinidine, cinchonine et cinchonidine), par Joseph DOUGALL, chirurgien d'armée à Madras. (*Edinburgh. medic. Journ., sept.* 1873, *p.* 193.)

Ce mémoire, qui a valu une médaille à son auteur de la part de la faculté d'Edimbourg, est le résumé d'une série de faits recueillis dans les districts les plus malsains de la principauté de Madras. Le nombre de ces observations, qui s'élève à 108, concerne des malades atteints des différentes formes de fièvres palustres, et traités les uns par la quinidine seule, les autres par la cinchonine, d'autres enfin par la cinchonidine. Voici les conclusions de ce travail, qui porte surtout sur des sujets atteints de fièvre à type quotidien (89 sur 108).

La quinidine a été administrée à 39 malades.

La cinchonidine à 35.

La cinchonine à 34.

Tous les 108 cas guérirent, à l'exception d'un malade dont la fièvre prit le caractère rémittent. Chez 27 d'entre eux, l'accès ne se reproduisit plus au bout d'une seule dose; chez 30, il fallut continuer le traitement

deux jours; trois jours dans 14 cas. Ainsi, la fièvre a été coupée dès le début chez les 2/3 des fébricitants.

Il y a eu fort peu de différence entre les alcaloïdes au sujet de la durée totale du traitement, mais les doses nécessaires pour obtenir l'effet curatif étaient différentes. Tandis que pour la quinidine il suffisait de donner de 30 à 70 grains, pour la cinchonidine il fallait en donner au moins 54, et de 43 à 90 de cinchonine. Par ordre d'efficacité, la quinidine vient donc en 1re ligne, puis la cinchonidine, et enfin la cinchonine, qui ne laisse pas d'être encore un bon remède.

On n'a pas spécialement expérimenté ces alcaloïdes en les comparant à la quinine; toutefois, on peut conclure de la première observation du mémoire que la dose de cette dernière substance, nécessaire pour amener des effets comparables, est moins considérable : il faut un tiers ou un quart de quinidine en plus pour obtenir les mêmes résultats. La quinine semble provoquer davantage le mal de tête pendant les accès, mais elle en prévient plus sûrement le retour.

L'action de la quinidine et de la cinchonidine paraît être plus efficace quand on l'administre au moment même de l'accès.

La quinidine, qui est le plus énergique de ces alcaloïdes, a pour propriétés spéciales de provoquer un état nauséeux et de solliciter des vomissements. L'auteur a fait l'expérience sur lui-même. Ces résultats se sont montrés également chez les malades soumis au traitement. Les symptômes cérébraux, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles ont été moins fréquents qu'après l'administration de la quinine, mais en revanche, on a constaté la présence de selles bilieuses dans la moitié des cas, et cette purgation a paru accélérer notablement la marche de la maladie ; presque toujours la fièvre était coupée en une seule fois après les évacuations bilieuses.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces conclusions thérapeutiques, quand on pense à la cherté de la quinine et à l'utilité qu'il y aurait de se procurer des succédanés de cette substance. H. RENDU.

Jets over nitris amyli (Sur le nitrite d'amyle et son action sur l'organisme), par le Dr C. STEKETEC. (*Thèse soutenue à l'université d'Utrecht.*)

L'auteur commence par donner une description des travaux chimiques faits sur ce médicament, depuis sa découverte en 1844, par M. Balard, jusqu'aux dernières recherches.

En second lieu il fait un résumé historique sur son action physiologique et son emploi thérapeutique, dans lequel il cite les observations françaises, anglaises et allemandes, les expériences qui ont été faites sur les animaux et les résultats de son administration dans quelques maladies, comme l'angina pectoris, l'hémicranie, le trismus, la mélancolie et l'épilepsie.

Les résultats des différentes expériences peuvent se résumer ainsi :

Le nitrite d'amyle diminue la tension du sang dans les artères.

Cette diminution se fait sentir également dans les cas de paralysie des nerfs vaso-moteurs en coupant la moelle épinière au-dessous de la première vertèbre cervicale, ainsi que dans le cas contraire.

Le nitrite d'amyle ne diminue pas le travail du cœur dans l'unité de temps, quoique le nombre des contractions augmente.

Il n'a pas d'influence sur les nerfs, mais il en a sur les éléments contractiles des vaisseaux sanguins, parce qu'il diminue la tension artérielle en diminuant la résistance.

Pour les cas de maladies, l'auteur résume particulièrement les effets obtenus dans la mélancolie et montre que c'est un médicament palliatif d'un effet passager. Les malades se trouvent bien mieux le soir et dorment bien pendant la nuit. Quelques-uns se rétablissent bientôt complétement, tandis que d'autres retombent tôt ou tard dans leur apathie habituelle.

En troisième lieu il publie ses propres observations, faites également au moyen d'expériences physiologiques, tant sur lui-même que sur des animaux, des lapins surtout. Pour les premières il donne des tracés obtenus à l'aide du sphygmographe, pour les secondes il donne des tables graphiques pour indiquer la tension dans les vaisseaux auriculaires. — Il ajoute à cette étude celle de l'administration du médicament dans des cas de maladies observés à la clinique d'Utrecht : mélancolie, quatre ; épilepsie ou accès épileptiformes, six.

Pour les cas de mélancolie, il dit ne jamais avoir vu le résultat satisfaisant que d'autres observateurs prétendent avoir obtenu et que, même dans un cas de mélancolie agitée, l'effet a été vraiment nuisible.

Pour l'épilepsie il tire les conclusions suivantes :

A. — Le médicament exerce une influence importante dans tous les cas d'épilepsie où les accès sont dus à l'anémie cérébrale ou accompagnés par elle.

1° Parce qu'il va au devant de l'accès, quand il y a des prodromes.

2° Parce qu'il coupe l'accès, quand celui-ci s'est montré.

3° Parce qu'il enlève les symptômes dûs à une innervation interrompue après l'accès.

4° Parce que les accès se répètent moins souvent (?) (Point d'interrogation mis par l'auteur.)

B. — Il produit un effet nuisible dans tous les cas d'épileptie où l'accès est dû à l'hyperémie cérébrale ou accompagné par elle.

1° Parce que les accès durent plus longtemps et sont plus fréquents.

2° Parce que les accès, tant maniaques que convulsifs, augmentent d'intensité. MOLL.

Case of phthisical hæmoptysis arrested by the use of extractum ergotæ liquidum hypodermically (Cas d'hémoptysie tuberculeuse arrêtée par l'emploi de l'extrait de seigle ergoté en injections hypodermiques), par Thomas AGMON VESEY. (*Irish hosp. Gaz.*, *oct.* 1873, *p.* 292.)

L'auteur a pour la première fois employé cette médication dans un cas d'hémoptysie grave, qui après avoir plusieurs fois récidivé, résistait aux agents thérapeutiques ipéca, froid, astringents dont on se sert en pareil cas. Il injecta en une fois environ 75 centigrammes d'extrait liquide de seigle ergoté dilué avec un peu d'eau distillée. Dix minutes après l'injection, l'hémorrhagie s'arrêta. A un mois d'intervalle dans une

circonstance analogue, chez ce même malade, l'emploi des injections d'extrait de seigle ergoté fut suivi du même succès. Depuis cette époque l'auteur dit s'être servi avec avantage du même procédé dans des hémorrhagies graves, notamment dans trois hémoptysies et quatre cas d'épistaxis abondantes. Le seul inconvénient de cette méthode c'est que les injections sont fort douloureuses et peuvent provoquer la formation d'un abcès.

La communication ci-dessus en a provoqué une autre du Dr Handsel Griffiths, dans le numéro suivant (15 octobre 1873) de l'*Irish hosp. Gaz.*

A propos du traitement de l'hémoptysie congestive, ce médecin dit que le seigle ergoté qui, dans les violentes hémorrhagies internes, agit comme un puissant astringent, se montre dans d'autres cas absolument impuissant, notamment dans les hémorrhagies lentes ou congestives. Dans ces conditions les injections d'extrait liquide de seigle ergoté dont il a fait un fréquent usage ne lui ont rendu aucun service. Il se loue au contraire de l'emploi du sulfate de quinine en potion acidulée, à la dose de trois grammes environ.

H. D.

Bons effets de l'emplâtre de belladone contre le symptôme vomissement, par M. GUÉNEAU de Mussy. (*Gaz. méd. de Paris, n° 38.*)

M. Guéneau de Mussy appelle l'attention des praticiens sur les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi de l'emplâtre suivant, contre le symptôme vomissement, quelle que soit sa nature :

emplâtre diachylum....	*āā* 2 parties.
— de thériaque..	
Extrait de belladone.	1 partie.

pour un emplâtre de 12 cent. de diamètre.

Il le maintient appliqué sur l'épigastre pendant 12 ou 15 jours.

Une seule fois, cet emplâtre a produit quelques symptômes légers d'intoxication atropique ; dans un grand nombre de cas, il a fait cesser des vomissements incoercibles symptomatiques d'affections diverses de l'estomac. Chez une malade atteinte d'étranglement interne, il a même pu faire cesser pendant 5 ou 6 jours les vomissements. Enfin, il a été employé avec le plus réel succès, quatre fois comme prophylactique et curatif du mal de mer.

HENRI BUCHARD.

Moyen simple d'arrêter les vomissements provoqués par la toux chez les malades atteints de phthisie pulmonaire, par le docteur WOILLEZ, médecin de l'hôpital Lariboisière. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXV, p.* 395.)

On sait que M. Gimbert a préconisé le premier, dans ces dernières années, le bromure de potassium en lavement dans les vomissements incoercibles de la grossesse. M. Woillez a eu l'heureuse idée de recourir au badigeonnage du pharynx avec une solution de bromure de potassium

chez les phthisiques, pour combattre les vomissements dont ils sont atteints si fréquemment. Il s'agit là d'un moyen très-simple et éminemment précieux, ainsi que l'attestent neuf observations rapportées par M. Woillez.

On a opéré de la manière suivante : Un pinceau de charpie (on peut utiliser un gros pinceau de lavis), trempé dans une solution composée d'un tiers de bromure de potassium pur et de deux tiers d'eau, était passé rapidement dans le pharynx avant le repas du matin et du soir, et il était recommandé au malade de ne pas expectorer immédiatement, autant que possible.

Le badigeonnage avec une solution de bromure de potassium a pu arrêter, dans plusieurs cas, immédiatement les vomissements dès la première application ; d'autres fois, l'action a été moins immédiate, mais en somme toujours favorable. Il est résulté de l'ensemble des faits que, chez neuf phthisiques vomissant habituellement après leurs repas, cinquante-deux badigeonnages ayant été pratiqués par M. Ory, interne de M. Woillez, sept fois seulement il y a eu un vomissement après le repas, l'opération ayant eu lieu immédiatement avant l'ingestion des aliments.

A. RABUTEAU.

Du parasitisme végétal dans les altérations du pain, observées pendant les mois d'août, septembre et octobre 1871 à la maison de santé, par le Dr Félix ROCHARD. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg.*, 1873, *t. XL, p.* 83.)

Ce mémoire, dans lequel se trouvent quatorze figures représentant divers champignons qui forment les moisissures, contient les observations de M. Rochard, ainsi que les recherches et les résultats d'expériences faites par M. Ch. Legros.

Les moisissures du pain peuvent être noires, blanches, vertes et jaunes. Les taches noires dans le pain sont dues au *Rhizopus nigricans* parasite, dont le développement rapide empêche souvent celui des autres champignons du pain. Les taches blanches sont produites par le *Mucor mucedo,* le *Botritis grisea.* Les taches vertes sont produites par l'*Aspergillus glaucus*, par le *Penicillium glaucum.* Enfin les taches orangées sont produites par le *Torula aurea* appelé encore *Ospora aurea*, *Acrosporium aureum*, *Oïdium aureum* ou *aurantiacum* et, le plus souvent, par le *Thamnidium aurantiacum.* Or, c'est au développement de ce dernier champignon, qu'on a confondu d'abord, nominativement du moins, avec l'*Oïdium aurantiacum* dont la forme est toute différente, qu'était due la coloration jaune orangée du pain altéré dont il est question dans ce mémoire.

Il résulte des observations et des expériences de M. Ch. Legros : 1° Que le champignon orangé du pain n'est pas vénéneux ; 2° que ce n'est pas un *Oïdium ;* 3° Que la cause de son développement ne doit pas être attribuée à une maladie spéciale du blé, de la farine ou du ferment, mais à la mauvaise qualité de la farine, à la fabrication défectueuse du pain, à une cuisson incomplète ; 4° qu'une plus grande quantité de sel ajoutée au pain, loin de prévenir l'altération, en exagère le développement ; 5° que

le meilleur moyen d'empêcher la croissance de ce cryptogame est de cuire plus convenablement le pain et de le conserver dans un endroit sec et bien ventilé. A. RABUTEAU.

Le service des secours publics à Paris et à l'étranger, par le Dr Auguste VOISIN, médecin directeur des secours publics de la ville de Paris. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1873, *t. XL, p.* 5.)

Après un historique sur ce service qui fut institué à Paris, en 1772, l'auteur cite les résultats de plusieurs expériences qu'il a entreprises afin d'être mieux éclairé sur les modifications à apporter dans l'instruction officielle, pour les secours à donner aux noyés. En effet, tous les dix ans, ou à peu près, une nouvelle enquête médicale est faite par le conseil d'hygiène et par le directeur des secours publics, afin de savoir si l'instruction doit être ou non modifiée, et si quelque perfectionnement doit lui être apporté.

La conclusion des expériences exécutées dans le but de s'assurer si les liquides ambiants pénétraient dans les voies aériennes d'un noyé a été la suivante : *les liquides ambiants pénètrent dans les bronches lorsque le submergé, pris d'asphyxie, a respiré sous l'eau, et il n'y respire que dès qu'il a perdu connaissance.* Les autres expériences ont trait à la question de la trachéotomie chez les noyés. M. Voisin pense qu'il est impossible de nier l'heureuse influence de la trachéotomie dans les cas où il l'a employée chez divers animaux (chiens et cobayes), et de ne pas y trouver des raisons de tenter l'expérience sur l'homme, lorsque la submersion a duré plus de cinq minutes, et lorsque la mort paraît certaine. Ce moyen avait été d'ailleurs recommandé par Pia, lorsque tous les autres avaient échoué, et il est cité dans certaines instructions anglaises et françaises déjà anciennes, mais l'auteur n'ayant trouvé, ni dans le livre de Pia, ni dans les livres anglais, une seule observation qui démontrât l'efficacité pratique de la trachéotomie, c'est pour ce motif qu'il a fait des expériences d'essai sur les animaux.

Viennent ensuite l'ordonnance du 7 mai 1872 concernant les secours à donner aux noyés, asphyxiés et blessés ; l'instruction sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés par submersion, par les gaz méphitiques ou autres, par la strangulation, suspension ou suffocation, par la froid, par la chaleur, par la foudre ; l'état des objets qui doivent être contenus dans les boîtes de secours pour noyés et asphyxiés ; l'instruction sur les secours à donner aux blessés. Enfin, le mémoire est terminé par un exposé très-abrégé du service des secours publics à l'étranger, notamment en Angleterre, en Hollande, en Espagne. A. RABUTEAU.

Assainissement des terrains marécageux par l'Eucalyptus globulus, note de M. GIMBERT. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 6 *oct.* 1873.)

Dès 1869, M. Gimbert (*Bulletin de la Société des sciences de Cannes* indiquait l'*Eucalyptus globulus* comme éminemment propre à l'assainis-

sement des terrains marécageux, grâce à la rapidité de sa végétation, à la grande quantité d'eau qu'il absorbe, aux émanations camphrées antiseptiques qu'il répand dans l'atmosphère. Aujourd'hui M. Gimbert rapporte plusieurs tentatives dans lesquelles la plantation de l'Eucalyptus a eu, les effets assainissants les plus complets, et a jusqu'à un un certain point *changé les conditions climatériques* et l'aspect de certaines localités (plantations au cap de Bonne-Espérance, en Algérie, à Cuba, en Australie et en Provence, sur les rives du Var). M. D.

Courmayeur, valeur thérapeutique de son altitude, par GIACHINO. (*Thèse, Paris*, 1873.)

Courmayeur, ville située au pied du Mont-Blanc, à l'extrémité occidentale de l'Italie, au sommet de la vallée d'Aoste, abritée contre les vents par une ceinture de montagnes, se trouve à 1218 mètres au-dessus du niveau de la mer; le baromètre marque 68,5, la température oscille entre + 5° et + 18°.

Étudiant la pathologie de Courmayeur, l'auteur admet que le rhumatisme est l'affection la plus répandue de cette localité, que l'hémorrhagie cérébrale s'y observe rarement ainsi que *les vertiges, la cérébro-anémie*, les maladies de la moelle, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, les névroses de l'estomac, affections si fréquentes sur les plateaux du Mexique. Mais les femmes nouvellement arrivées peuvent être prises quelquefois d'hémorrhagie utérine, circonstance qni peut expliquer les heureux effets du séjour de Courmayeur sur la stérilité, quand elle reconnaît pour cause l'anémorrhée ou la dysménorrhée; les fièvres éruptives sont aussi fréquentes que dans la plaine; enfin la phthisie y est extrêmement rare, fait qui confirme l'observation suivante de Lombard: « La zone phthisique au-dessus et au-dessous de laquelle les maladies de poitrine diminuent de fréquence, pourrait être fixée entre 400 et 500 mètres et entre 1000 et 2000. » On doit donc ranger Courmayeur parmi les stations convenables aux phthisiques.

De plus, on n'observe pas un seul cas de goître ou de crétinisme à Courmayeur, quand il n'est qu'à 20 kilomètres du siége de cette affection. — Le choléra asiatique n'y est jamais apparu; l'asthme, l'emphysème pulmonaire, la dyspepsie, la chloro-anémie, l'intoxication palustre, sont heureusement influencées par le séjour dans cette localité.

HENRI HUCHARD.

Sur les moyens à employer pour maintenir dans un lieu donné une température à peu près constante, et pour modérer dans la saison d'été la température des lieux habités, note de M. MORIN. (*Compt. rend. de l'Ac. des sc.*, 6 *oct.* 1873.)

M. Morin donne quelques détails sur les moyens employés au Conservatoire des arts et métiers pour maintenir, pendant les grandes chaleurs

de l'été, une salle à la température de 20 ou 23°, selon que celle de l'extérieur est de 25 ou 30°. Il a suffi pour cela d'y déterminer, à l'aide de trois becs de gaz placés dans la cheminée, l'introduction de 500 à 600 mètres cubes d'air aspiré des caves par heure. L'application plus générale de procédés de ce genre présente le plus haut intérêt au point de vue de l'hygiène : M. Morin a soin de donner les éléments mathématiques de la question et un grand nombre d'indications pratiques; il en fait ressortir les avantages pour des magasins de conservation de substances alimentaires. M. D.

Action de l'eau aérée sur le plomb, note de M. FORDOS. — Action que le plomb exerce sur l'eau, note de M. DUMAS. — De l'action de l'eau sur les conduites en plomb, note de M. BELGRAND. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 10 *nov.* 1873.)

Ces différentes notes arrivent toutes à la même conclusion : c'est à tort qu'on a cherché à émouvoir le public en représentant comme dangereux l'emploi des conduits d'eau en plomb. Les recherches de M. Belgrand montrent tout d'abord que les conduits en plomb ne forment qu'une très-faible partie du réseau de distribution publique; les analyses chimiques faites avec M. Le Blanc lui ont ensuite démontré que les eaux de Paris puisées à l'extrémité des branchements en plomb ne contiennent pas trace de ce métal.

M. Fordos arrive aux mêmes résultats; mais il appelle l'attention sur une véritable cause de danger, sur l'usage si répandu de nettoyer avec des grains de plomb les bouteilles destinées à contenir des liquides alimentaires ou médicamenteux. En présence des résultats que lui ont donné des analyses chimiques après des expériences de lavage selon le procédé habituel, il n'hésite pas à attribuer à cette pratique bien des indispositions passagères et même des affections graves dont la cause est restée inconnue. Il expliquerait même ainsi la présence fréquente du plomb dans nos organes, constatée, il y a plus de trente ans, par Devergie et Hervy.

M. Dumas fait remarquer que le ptomb s'oxyde facilement lorsqu'il est immergé dans l'eau distillée, avec contact de l'air; mais que l'eau contenant une certaine quantité de sels, principalement l'eau de pluie séléniteuse, n'attaque pas du tout le plomb dans les mêmes conditions.

Dans ces diverses notes, nous devons rapprocher une communication faite par M. Chevreul sur l'*action de l'eau pure sur divers métaux* (Compte rendu de l'Académie des sciences, 17 novembre 1873), et enfin une nouvelle note de M. Fordos, sur l'action de l'eau de Seine et de l'eau de l'Ourq sur le plomb (*Idem*, 17 novembre 1873).

M. DUVAL

Sur l'intoxication tellurique; deuxième note de M. L. COLIN. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 3 *nov.* 1873.)

M. L. Colin cite différentes observations qui viennent à l'appui de cette idée, que, pour produire la *malaria*, il faut autre que de la chaleur, de l'humidité et des plantes en décomposition. Il faut le *sol*, qui n'est pas un simple substratum dans cette élaboration morbifique, mais qui remplit, dans la genèse du miasme, un rôle peut-être aussi considérable que dans la végétation. L'auteur a développé ces considérations dans un mémoire particulier (*De l'ingestion des eaux marécageuses comme cause de la dyssenterie et des fièvres intermittentes. Annales d'hygiène.* T. XXXVIII. octobre 1872). D'après lui, la recherche des germes fébrigènes sera plus facile à faire à la surface des terres nouvellement défrichées que dans l'atmosphère des marais. M. D.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Handbuch der gesammten Arzneimitthellhere (Compendium des médicaments), par Th. Husemann. — Berlin.

Ueber antifebrile Mittel und Methoden (De la médication antipyrétique) par Senator. Soc. méd. de Berlin, séance du 16 juillet 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 44.)

Coup d'œil historique sur la méthode des injections sous-cutanées à effet local, par le Dr Luton. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.)

Ueber die Bedeutung der Wasserkuren in chronischen Krankheiten (Sur l'action de l'hydrothérapie dans les maladies chroniques), par Runge. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, XIIe vol.)

Die balneo-therapeutischen Curmethoden gegen chronische Neurosen (Des méthodes balnéo-thérapeutiques pour la guérison des névroses chroniques), par le Dr L. Fleckles, de Carlsbad. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nº 6.)

Die Hydrotherapie bei akuten u. chron. Erkrankungen d. Respirationsorgane (De l'hydrothérapie dans les affections aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire), par W. Winternitz. (*Pester med. chir. Presse*, IX.)

On Carlsbad and its mineral springs in relation to affections of the liver (Carlsbad et ses effets sur les maladies du foie), par Stephen H. Ward. (*The Lancet*, 5 et 19 juillet.)

Carlsbad, seine Quellen und Quellenprodukte, sowie deren therapeutische Anwendung (Carlsbad, ses sources, le produit de ses sources et leur emploi thérapeutique), par Jul. Hofmann. — Carlsbad.

Die Salzquelle zu Elster (Source salée d'Elster), qar R. Flechsig. (*Blatt für Heilweiss*, IV, 7, 8, 9.)

The mineral springs of the United States and Canada, with analyses and notes on the prominent Spas of Europe and a list of sea-side resorts (Les eaux minérales des États-Unis et du Canada, etc.), par Geo. E. Walton. (New-York, D. Appleton.)

Mineral springs of North America. How to reach and how to use them (Eaux minérales de l'Amérique du Nord), par J.-J. Moorman.— Philadelphie.

Das Achener Thermalwasser als Vorbereitungsmittel zur Beseitigung der Tänien (L'eau thermale d'Aix-la-Chapelle comme moyen préalable pour la destruction du ténia), par le Dr Schuster, d'Aix-la-Chapelle. (*Archiv der Heilkunde*, 570.)

La médecine pneumatique, ses applications au traitement des maladies des voies respiratoires, par le Dr Rengade. (Paris, Ad. Delahaye.)

Ein transportabler pneumatischer Apparat zur mechanischen Behandlung der Respirationskrankheiten (Appareil pneumatique transportable pour le traitement mécanique des affections des voies respiratoires), par le prof. L. Waldenburg. (*Berlin. klin. Wochens.*, nos 39 et 40.)

Die Behandlung der Nervenkrankheiten mit Elektricität (Traitement des maladies nerveuses par l'électricité), par F. Fieber. — Vienne.

Ueber die in der Electrotherapie gebrauchten Rheostaten (Des rhéostats employés pour l'électrothérapie), par Holst. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, vol. XII.)

Ricerche sulle correnti interrotte ed inversite studiate nei loro effetti termici ed electro-dinamici (Recherches sur les courants interrompus et intervertis étudiés dans leurs effets thermiques et électro-dynamiques). Mémoire lu à l'Acad. des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 1er mai 1873, par le prof. E. Villari. (*Bull. delle sc. med.*, juin, p. 445.)

Doccia idroelettrica (Douche hydroélectrique), par le Dr Cesar Brunelli (*Rivista di med., di chir. e di terap.*, Milan, juillet, fasc. 13e et 14e.)

Schreibekrampf; Heilung durch den constanten Strom(Crampe des écrivains; guérison par les courants continus), par Przibram. (*Böhm. Corr. Bl.*, p. 5.)

Emploi de l'électricité dans un cas d'asphyxie par le gaz oxide de carbone, par le Dr Millot. (*Gaz. des hôpitaux*, no 105.)

Paralisi faciale sinistra guarita colla elettricità (Paralysie faciale gauche guérie par l'électricité), par le Dr A. Cambieri. (*Rivista di med., di chir. e di terap.*, Milan, août, fasc. 15e et 15e.)

Alcuni casi d'impotenza sessuale curati colla faradizzazione (Quelques cas d'impuissance sexuelle traités par la faradisation), par le Dr Gasparini. (*Nuova Liguria medica*, no 2. — *Rivista di med., di chir. e di terap.*, Milan, août, fasc. 15e et 16e.)

Sulla importanza delle inalazioni nelle malattie delle vie respiratorie (Sur l'importance des inhalations dans les maladies des voies respiratoires), par F. Massei. (*Lo Sperimentale*, fasc. 9e, p. 289, et fasc. 10e, p. 422.)

Inhalationsmethode balsamischer Stoffe (Des inhalations comme mode d'administration des substances balsamiques), par le Dr L. Dittel. (*Oesterreichische für praktische Heilkunde*, nos 6 et 7, février.)

Die Inhalationstherapie bei Krankheiten der Lunge, der Luftröhre und der Bronchien (Des inhalations thérapiques dans les maladies des poumons, de la trachée et des bronches), par W. Brugelmann. — Leipzig.

Some remarks on inhalation, par le Dr R.-J. Lee. (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 91.)

Heilung des Trippers der männlichen Harnröhre Inhalation ätherischer Œle (Guérison de la blennorrhagie uréthrale de l'homme par l'inhalation d'huiles volatiles), par le prof. Zeissl, de Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, no 16.)

On the right use of desinfectous (Sur le véritable usage des désinfectants), par H. Letheley. (*Med. Times and Gaz.*, 1er novembre, p. 487.)

On the mode of desinfecting by heat (Du mode de désinfection par la chaleur), par W.-H. Ransom. (*Brit. med. Journ.*, 6 septembre.)

The action and relative value of desinfectants (De l'action et de la valeur relative des désinfectants), par J.-A. Wanklyn. (*Brit. med. Journ.*, 6 sept.)

On the relative power of certain antiseptic agents, par M. O'Neal. (*The practitioner*, octobre.)

On the influence of digitalis on the weak heart of typhus fever (De l'influence de la digitale dans les cas de faiblesse de l'impulsion cardiaque dans le cours de la fièvre typhoïde), par Grimshaw, medical Society of the college of physicians, Ireland. (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet.)

Action de la digitale sur la circulation, par Wood junior. (*Philad. med. Times*, III, 79, mai.)

On herb-poisoning at the Cape of Good Hope (De l'herbe vénéneuse du Cap de Bonne-Espérance (elle contient de la strychnine), par Georges Grey. (*Brit. med. Journ.*, 30 août.)

Histoire de la fève de Calabar, par E. Tison. (*Thèse de Paris*. A. Delahaye.)

Di un caso di singhiozzo isterico ostinato e della sua tolleranza alle inoculazioni ipodermiche di idroclorato di morfina (Hoquet hystérique opiniâtre, injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine), par E. Comucci. (*Lo Sperimentale*, de Florence.)

Ueber die Wirkung der Papaverin bei Geisteskranken (De l'action de la papavérine sur les maladies mentales), par G. Landerer. — Tubingue.

Frizioni cutanee di solfato di chinina nella cura della febbre intermittente (Frictions cutanées de sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente), par le Dr Casa. (*Nuova Liguria medica*, no 4. — *Rivista di med., di chir. e di terap.*, avril, fasc. 7e et 8e.)

Azione febbrifuga del chinono nelle febbri (Action fébrifuge du quinine dans les fièvres), par le Dr Silvestris. (*Il Morgagni*, de Naples, fasc. 2e et 3e; 4e et 5e, et 6e.)

Observation d'hématurie guérie par le sulfate de quinine, par le Dr Stockmann. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, août, p. 166.)

Observation de choléra ; guérison rapide obtenue par le tannate de quinine, par le Dr Bourgogne, de Condé (Nord). (*Un. méd.*, n° 108, p. 410.)

Sull' azione fisiologica dell' alcool nell' organismo dell' uomo (De l'action physiologique de l'alcool sur l'organisme humain). Considérations et expériences par le Dr Thomas Boragine. (*Lo Sperimentale*, de Florence, fasc. 8e, p. 149.)

On the action of alcohol, par James Ross. (*Brit. med. Journ.*, 4 novembre.)

The physiological influence of alcohol, par James Edmunds. (*Brit. med. Journ.*, 6 sept.)

Das Chloralhydrat als Heilmittel gegen Bright'sche Nierenerkrankung (De l'hydrate de chloral employé pour guérir la maladie de Bright), par Fabritius. (*Wiener medizinische Presse.*)

De l'efficacité de l'hydrate de chloral dans la pneumonie, par le Dr A. Jausen. (*Bull. méd. du Nord*, nos 9 et 10.)

Étude clinique et physiologique sur la propylamine et la triméthylamine, par Aïssa Hamdy. (*Thèse de Paris*, P. Asselin.)

Rhumatisme articulaire aigu, traitement par le chlorhydrate de triméthylamine, guérison, par le Dr Fourrier. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXV, p. 412.)

Traitement du rhumatisme par les vésicatoires, par J.-K.-P. Gleeson. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

Étude sur le biphosphate de chaux envisagé au point de vue médical, par M. O. Henry, membre de l'Acad. de méd. (*Un. méd.*, n° 104, p. 361.)

Carbolsäure gegen Intermittens (Acide phénique contre la fièvre intermittente), par le Dr C. Eisenlohr, assistant du prof. Friedreich. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 41.)

L'acide phénique et les maladies contagieuses, par M. Cornevin. (*Lyon méd.*, n° 22, p. 219.)

Carbolic acid and zymotic disease (L'acide phénique et les maladies à ferments), par John Dougall. (*The Lancet*, 30 août, II, p. 295.)

Ueber Behandlung des Wechselfiebers mit Carbolsäure (Du traitement de la fièvre intermittente par l'acide phénique), par le Dr H. Curschmann. (*Centralblatt*, n° 40.)

Sur un nouveau traitement du choléra et, probablement, de la fièvre jaune par l'acide phénique et le phénate d'ammoniaque, au moyen des injections sous-cutanées. Note de M. Déclat. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* 19 sept.)

Aneurism of the thoracic aorta benefited by large doses of iodide of potassium (Anévrysme de l'aorte très-amélioré par l'administration de fortes doses d'iodure de potassium), par Dyce Duckworth, Saint-Bartholomew's hospital. (*Brit. med. Journ.*, 25 août,)

Effets de l'iode et du brome sur les glandes mammaires, par J. Loughlin. (*Philad. med. Times*, III, mai.)

Emploi du bromure dans l'épilepsie, par R.-H. Neesus. (*Philad. med. and surg. Reporter,* mai.)

Emploi du bromure de potassium dans les névralgies de la tête, par D.-N. Kinsman. (*The Clinic,* avril.)

Note on the action of medicines, old and new (Notes sur l'emploi de quelques médicaments, bromure de potassium et chlorate de potasse), par John Kent Spender. (*Brit. med. Journ.*, 27 septembre.)

Caso di polidipsia e poliuria per anemia guarito col ferro (Cas de polydipsie et de polyurie par anémie guéris par l'usage du fer), par le Dr V. Giampietro. (*Rivista clinica*, nº 4, p. 115.)

Nuove proprietà antisetiche-antifermentative-desinfettanti del perchluro di ferro (Nouvelles propriétés antiseptiques, antifermentescibles et désinfectantes du perchlorure de fer), note du Dr C. Pavesi. (*Bullettino delle scienze mediche*, de Bologne, novembre 1872, p. 385, d'après les *Annali de chimica*, novembre 1872.)

On the cure of a large varicose ulcer by tanning with babool bark (De la guérison d'un vaste ulcère variqueux par le tannage à l'aide de l'écorce d'accacia catechu), par J. Roche. (*The Lancet*, 27 sept., II, p. 449.)

Il solfo e l'acido solforoso nel varicolo (Le soufre et l'acide sulfureux dans la variole), par le Dr Figliacelli. (*Annali di chimica. — Rivista di med., di chir. e di terap.*, de Milan, 15 et 30 avril, fasc. 7e et 8e.)

Zur Wirkung des Hydrargyrum depuratum (De l'efficacité du régule de mercure contre l'iléus), par le Dr Kirschstein. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 37.)

Observation de chorée; traitement par l'arséniate de soude; guérison, par Ad. Henrot. (*Soc. méd. de Reims*, bull. nº 11.)

Des effets physiologiques et thérapeutiques de divers composés du phosphore, par Bordenave. (*Thèse de Paris.*)

Some observations on the use of phosphorus in neuralgia, illustrated with twenty-tree cases (Quelques considérations sur l'emploi du phosphore dans le traitement des névralgies, accompagnées de 23 observations), par le Dr J. Ashburton Thompson. (*The Practitioner*, octobre.)

Sur la vaccination, par Madison Marsh. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juin.)

On revaccination as a means of preventing and stamping out small-pox (De la revaccination comme moyen d'empêcher le développement et l'évolution de la variole), par le Dr Hamilton, de Falkirk. (*Edinburgh medical journal*, août, p. 143.)

Note concernant le traitement des uréthrites par les préparations de l'eucalyptus globulus, par J. Aron, méd. maj. de 2e cl. (*Recueil des mémoires de médecine militaire,* t. XIX, p. 81.)

Preparati terapeutici di glicerina(Préparations thérapeutiques de glycérine), par le Dr A. Marescotti. (*Annali di chimica*, nº 2. *Rivista di med., di chir. e di terap.*, 15 et 30 avril, fasc. 7e et 8e.)

Treatment of effusion by aspiration or suction (Discussion sur la ponction aspiratrice, en particulier dans les épanchements thoraciques), par GAIRDNER, Société médico-chirurgicale de Glasgow. (*The Glasgow med. Journ.*, août,)

On tapping in hepatic ascites (De la paracentèse abdominale dans les ascites d'origine hépatique), par John M'CREA. (*The Dublin Journal*, août.)

Ueber den Werth der Gymnastik (Sur la valeur de la gymnastique), par le Dr Ludwig SEEGER. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 38 et suiv.)

Ueber Ozon von med. Standpunkte (De l'ozone au point de vue médical), par C. FROMMHOLD. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 24 et 26.)

Ozon und Cholera, par Max VON PETTENKOFER. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 34.)

On hypodermic injection of nitrite of amyl in cholera, par D. B. SMITH. (*Indian med. Gaz.*, 1er mai.)

Behandlungsweise der Cholera asiatica (Mode de traitement du choléra asiatique), par le Dr BRUCHNER, de Ludwigslust. (*Deutsche Klinik*, no 35.)

Ueber Typhusbehandlung auf der IV med. Abth. des k. k. Krankenhauser Wieden, während der Epidemie im Jahre 1871 (Sur le traitement du typhus dans la 4e division médicale de l'hôpital Wieden pendant l'épidémie de 1871), par le Dr Hans WERNER. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, no 10.)

Choleraschutz und Cholerabehandlung (Traitement préservatif et curatif du choléra), par un homme de l'art. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, no 1.)

Ueber Cholerabehandlung, insbesonderer Verhütung des Choleratyphoïds betreffend (Du traitement préventif du choléra typhoïde), par le Dr HODDICK, de Barmen. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 37.)

Indications thérapeutiques du choléra, par M. FERRAND, méd. des hôp. (*Un. méd.*, no 112, p. 462,)

Prophylaxie du choléra, par M. BONNAFONT. (*Un. méd.*, no 114, p. 489.)

Prophylaxis of asiatic cholera, par Henry MAC CORMAC. (*Brit. med. journ.*, 23 août.)

De la fluorescence, par le Dr Gilbert TIRANT. (*Thèse de Paris.*)

On the use and abuse of purgatives (Sur l'emploi et l'abus des purgatifs), par F. Page ATKINSON. (*Edinburgh med. Journal*, novembre, p. 404.)

Zur Therapie der hektischen Schweisse (Traitement des sueurs hectiques), par le Dr AHRENDTS, d'Arnstadt. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 45.)
L'auteur s'est servi avec succès d'une infusion de seigle ergoté (5,0 : 120).

Du traitement de la variole hémorrhagique, par A. EMANAUD. (*Thèse de Paris.*)

On treatment of rheumatic peritonitis, par J.-M. BIGELOW. (*Philad. med. Times*, no 83.)

Zur Behandlung der Koprostase (Traitement de la constipation), par le prof. Nagel. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 13.)

Statistique sur la mortalité de Plancher-les-Mines à un siècle d'intervalle, par Poulet. (*Gaz. méd.*, 497.)

On health comfort in house building, par W. Hayword. (*The medical Press and circular*, 10 septembre, p. 238.)

On the preservation of health in West Africa (Sur la conservation de la santé dans l'ouest de Afrique), par Mac Cormac. (*Med. Press and Circular*, 24 septembre, p. 273.)

The medical officier of health ; his administrative and clerical duties. (*The practitioner*, août et septembre.)

The sanitary of the Staffordshire. (*Idem*, septembre.)

Digest of the sanitary statutes (Collection des règlements sanitaires). (*Idem*, août.)

Éutde sur les constitutions médicales, par E. Fabiès, méd. mil. de 2e cl. (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, t. XIX, p. 176.)

The sanitary statitics of the metropolis for the ten years 1861-1870 (Des statistiques sanitaires de Londres pendant 10 ans, de 1861 à 1870), par J.-W. Tripe. (*Brit. med. journ.*, 27 septembre.)

Report of hygiene for the year 1872, par Edmund A. Parkes. (*The Practitioner*, octobre.)

Bericht über die in Vera-Cruz während der letzten sechs Jahre beobachteten Krankheiten (Rapport sur les maladies qui ont régné à la Vera-Cruz dans ces six dernières années), par le Dr C. Heinemann, de la Vera-Cruz. (*Arch. für pathol. Anat.*, LVIII, liv. 2.)

Contributions à la géographie médicale : l'île de Pâques. (*Arch. de méd. navale*, t. XIX, p. 161.)

Contributions à la géographie médicale : les ports de la Chine. (*Idem*, t. XIX, p. 241.)

La station navale du Brésil et de la Plata, par Bourel-Roncière. (*Idem*, t. XVII, p. 23, 95, 185, 270, 321, 401 ; t. XVIII, p. 17, 293, 351, 490, et t. XIX, p. 289, 335, 417.)

Rapport de la commission chargée d'examiner une communication relative à l'emploi des personnes du sexe féminin dans les travaux souterrains des mines, par M. Kuborn. Discussion. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, de Belgique, n° 7, p. 412.)

Ueber die Rucksichten der öffentlichen Gesundheitspflege auf das Arbeiten in comprimirter Luft (Considérations d'hygiène sur le travail dans l'air comprimé), par le prof. H. Friedberg. (*Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heilkunde*, vol. CXVIII, p. 1.)

Die Heizung vom Standpunkte der Hygiene (Le chauffage au point de vue de l'hygiène), par le Dr Popper. (*Oesterr. Zeitschritt für praktische Heilkunde*, nos 24 et 25.)

Lufterneuerungs-Methode für Krankenzimmer, nach der Angabe des Ge-

neral-major v. Scholl (Nouvelle méthode d'aération pour les chambres de malade, d'après les idées de v. Scholl), par G. Breuning. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 23.)

Beschreibung eines Bettgestells für typhöse Kranke (Description d'un lit pour les typhiques), par le Dr W. Zuelzer. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 36.)

Uebersicht der von Ostern 1871 bis dahin 1872 im Herzogthume Braunschweig geschlachteten und auf Trichinen untersuchten Schweine (Coup d'œil sur les porcs abattus et examinés au point de vue de la trichinose dans le duché de Bruuswick), par le membre du conseil de santé Dr C.-W.-F. Uhde, de Brunswick. (*Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, LVIII, liv. 2.)

La saison d'hiver en Algérie, par le Dr Amédée Maurin. (1 vol. in-18, G. Masson.)

Stations d'hiver de la Sicile, par Curt Wallis. (*Nordiskt. medic Arkiv.*, t. V, 2e partie, nos 13 et 21.)

Enteric fever from infected milk the outbreak in the metropolis. (*The Practitioner*, septembre.)

Infectious diseases and sanitary law reform (Des maladies infectieuses et de la réforme des lois sanitaires), par John Losrell. (*Brit. med. journ.*, 27 septembre.)

On the seasonal prevalence of some eruptive fevers in India (Sur les saisons où prédominent quelques fièvres éruptives dans les Indes), par J. Macpherson. (*Med Times and Gaz*, 12 juillet, p. 31.)

La crémation des morts en Italie, par le Dr P. de Pietra Santa. (*Un. méd.*, septembre.)

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

ANALYSES.

Éléments de chirurgie clinique, etc., par Félix GUYON. (1 *vol.*, *Paris*, 1873, *J.-B. Baillière.*)

Ce qu'il y a de plus original dans ce livre, c'est incontestablement la manière dont il est composé. Rien ne sort plus, en effet, des habitudes de nos classiques, et Guyon mérite de devenir classique, que de réunir dans un même ouvrage : l'histoire de la chirurgie, un traité de diagnostic chirurgical, des notions générales de thérapeutique et d'hygiène chirurgicales, et enfin un traité complet de petite chirurgie.

Il faudrait changer bien peu de chose à l'ordre des matières pour voir Guyon prendre le jeune néophyte par la main et tout de suite lui ouvrir l'horizon en déroulant sous ses yeux le tableau des grands progrès de la chirurgie, tableau bien fait pour stimuler le zèle d'un jeune homme et lui donner la foi dans l'art qu'il désire cultiver. Guyon conduit ensuite son disciple à l'hôpital et lui enseigne d'abord les diverses variétés de pansements, bandages et appareils, et l'art de les appliquer ; puis, les opérations les plus simples et les plus usuelles : il l'initie même aux grandes opérations, autant pour en faire un aide utile, que pour le mettre en état de suivre avec profit la pratique de son maître. Il lui donne enfin les moyens de reconnaître les maladies et d'appliquer, au lit du malade, les connaissances acquises peu à peu en dehors de l'hôpital, par l'enseignement oral ou écrit.

Et même, chose tout à fait nouvelle, Guyon consacre de longues pages à l'hygiène hospitalière, sans doute pour dire à l'élève : Ici nous opérons dans un milieu spécial, tout différent de celui où vous pratiquerez un jour, milieu détestable, un peu par nécessité, mais beaucoup par l'insouciance des chirurgiens et la routine inébranlable des incompétents.

La lecteur imaginera facilement quels sujets Guyon a traités puisqu'il connaît maintenant les titres des chapitres principaux. Je veux seulement indiquer ici quelques articles qui, par la nouveauté ou l'importance, méritent d'être signalés. Parmi les procédés et

moyens d'exploration, l'emploi du laryngoscope est décrit avec beaucoup de soin ; des pages nombreuses et instructives sont consacrées à la palpation directe et à ses divers modes : toucher vaginal, rectal, etc., et à la palpation indirecte, c'est-à-dire aux divers cathétérismes et sondages explorateurs.

Le diagnostic chirurgical fait souvent appel à l'anatomie et à la chimie, et l'emploi de ces deux modes d'analyse trouve encore tant d'indifférents qu'on ne peut que féliciter Guyon d'avoir été prolixe à l'égard de la microscopie et de l'examen chimique des urines et autres liquides.

Des considérations générales très-sages sur la méthode à suivre pour établir le diagnostic terminent la partie de l'ouvrage consacrée au diagnostic chirurgical (142 pages).

Un des meilleurs articles et des plus en situation du livre de Guyon concerne l'anesthésie générale, si utile, si dangereuse et si souvent mal réalisée.

Immédiatement après viennent plus de 100 pages consacrées à la médecine opératoire générale, principes généraux des opérations, règles des opérations, méthodes opératoires, modificatrices, destructives, réparatrices, conservatrices, etc.

Vient ensuite une description très-soignée des opérations dites de petite chirurgie, entre autres, de la saignée et de la pose des sangsues. Malgré la vulgarité apparente de tels sujets, l'auteur, ou les auteurs, car Guyon accuse deux collaborateurs, Delens et Hénocque, l'auteur dis-je, a su les rendre instructifs et même intéressants. Il en est de même du cathétérisme évacuateur, traité de main de maître, mais d'un maître un tant soit peu dédaigneux de résumer en quelques phrases courtes et martelées les préceptes qui doivent se dégager facilement et sauter aux yeux de l'élève. Vingt pages sont consacrées à l'électrisation : appareils, indications, emploi des courants électriques dans le traitement, le diagnostic et le pronostic des maladies chirurgicales.

Puis, nous trouvons un long article sur l'hygiène des hôpitaux, article que Guyon a largement développé, ni plus ni moins qu'il ne fallait. Puisse ce plaidoyer scientifique irréfutable contribuer à la réforme radicale de notre hygiène hospitalière ; puisse-t-il inspirer d'autres essais que celui des baraques, aussi mal construites que mal entretenues, qui encombrent les jardins de nos hôpitaux excentriques !

Le livre se termine par le traitement des plaies : indications et contre-indications de la réunion immédiate, moyens de l'obtenir ; pansements préservateurs, moyens propres à favoriser l'écoulement du pus, moyens s'opposant à la décomposition des liquides organiques, moyens propres à écarter (pansement au coton) ou à détruire (pansement de Lister) les organismes atmosphériques, etc., bandages et appareils.

Un certain nombre d'articles sont suivis d'un index bibliographique fait avec discernement et d'une utilité incontestable.

Le livre dont je viens d'indiquer le contenu est jusqu'à présent le seul de son genre ; il mérite le titre *chirurgie clinique*.

L. H. FARABEUF.

Studien zur chirurgischen Pathologie der Bewegungsorgane (Pathologie chirurgicale de l'appareil du mouvement), par Ed. ALBERT. (*Medicinische Jahrbücher*, 1873, 3e *fasc.*, *pp.* 304-367.)

I. Ueber die Capacität der Gelenkräume bei verschiedenen Lagen der Gelenke (Capacité des jointures dans leurs attitudes variées).

II. Beiträge zur Kenntniss der Coxitis (De la Coxalgie.)

III. Periartikuläre Abcesse (Abcès périarticulaires).

I.— Vérifier et compléter les recherches de Bonnet sur l'attitude que prennent les jointures qui sont le siége d'un épanchement plus ou moins abondant, tel est le but que s'est proposé l'auteur dans le premier de ces mémoires, et dont il a cherché la solution dans de nombreuses expériences sur le cadavre. — Voici comment ont été instituées ces recherches :

Il faisait pénétrer, en trépanant les surfaces articulaires, jusque dans l'articulation, un tube dont l'extrémité opposée était divisée en plusieurs branches auxquelles on adaptait, ici un manomètre, destiné à mesurer la pression intra-articulaire ; là un appareil qui pût injecter dans la synoviale une assez grande quantité de liquide pour la distendre ; en troisième lieu, enfin, un tube gradué pour recevoir et mesurer le liquide qui, à certains moments, s'écoulerait de l'articulation. Au membre lui-même, il fixait un appareil qui, par un mécanisme peu compliqué, servait à déterminer le degré d'extension ou de flexion en donnant la mesure de l'angle formé par les parties de l'articulation. — Cela fait, pendant qu'un aide notait avec soin les angles, un autre la pression manométrique, qu'un troisième et un quatrième faisaient mouvoir le membre dans la flexion et l'extension et mesuraient la quantité de liquide qui sortait de l'articulation dans les différents mouvements, A... injectait avec précaution dans la synoviale une solution faible de chlorure de sodium. Le membre se plaçait bientôt dans la position décrite par Bonnet comme correspondant au maximum de capacité de la cavité articulaire ; puis, maintenant la pression, on le portait successivement dans la flexion et l'extension, notant de 10° en 10° la quantité de liquide qui sortait du tube à mesure qu'on s'éloignait

de la position de Bonnet, dans un sens ou dans l'autre, ou qui pénétrait par injection dans l'article lorsqu'on s'en rapprochait.

Portant alors sur le papier le résultat de ses expériences pour chaque articulation, indiquant les angles par les abscisses, les capacités correspondantes par les ordonnées, l'auteur obtenait une représentation graphique de la loi d'après laquelle la capacité articulaire ou la pression intra-articulaire varient suivant que le membre est placé dans l'extension, la flexion, ou les positions intermédiaires. Quelques-uns de ces tracés sont reproduits sur des tableaux annexés à son mémoire. Voici maintenant le résumé des résultats auxquels il est arrivé :

Pour toutes les articulations, la position qui correspond à la capacité maximum est intermédiaire à la flexion et à l'extension (position de Bonnet). — A partir de ce point, sur le tracé, la courbe se relève des deux côtés, indiquant que la position intermédiaire est celle du minimum de tension ; celle-ci augmente de plus en plus rapidement vers les points extrêmes du mouvement, et correspond à une obliquité toujours plus grande de la courbe. Enfin, pour une même articulation, il est un certain nombre de positions où la tension est sensiblement la même.

L'auteur appuie ces propositions sur la considération des tracés obtenus pour les articulations tibio-tarsienne, du genou, coxo-fémorale, du poignet, du coude et de l'épaule. Malheureusement il renvoie à ses tableaux pour les détails, et, de cette absence de résultats numériques et précis, résulte une certaine obscurité qui fait échapper à l'analyse une partie de son travail. Il en ressort, néanmoins, que les recherches de Bonnet sont confirmées et que la capacité maximum de chaque articulation correspond à la position dans laquelle les fibres de la capsule, plus ou moins enroulées à l'état normal, sont le plus complétement déployées et déroulées ; aussi la complexité des ligaments capsulaires modifie-t-elle d'une façon importante et variée la gradation des pressions intra-articulaires dans les mouvements.

Les déductions pathologiques de ces expériences, faites sur des articulations saines, sont plus restreintes qu'on ne le croirait d'abord ; la relation de la capacité et par conséquent de la pression intra-articulaire avec la position du membre dépend avant tout de l'intégrité de la capsule, souvent compromise dans les cas où l'on aurait à constater la réalisation des vues de Bonnet et de l'auteur ; elle dépend en outre de variétés individuelles et de l'état des tissus péri-articulaires, os, muscles, tendons, etc. Albert se propose de poursuivre l'étude de ce sujet complexe dans de nouvelles recherches qui seront l'objet d'un prochain travail.

II. A) — *De la position du membre dans la coxalgie.* L'auteur rappelle, sans que nous puissions le suivre dans son exposé criti-

que, les diverses théories pathogéniques qui ont été données par Busch, v. Pitha, Volkmann, de la déviation du membre dans la coxalgie, et montre que, trop exclusives en général, elles ne parviennent à expliquer qu'un certain nombre de cas. Plus éclectique que Volkmann même, il distingue les causes qui agissent pour dévier le membre inférieur de celles qui le maintiennent dans sa position vicieuse quand il est dévié. Celles-ci sont au nombre de trois, qui sont : 1° Les altérations des muscles, l'atrophie et la rétraction des tissus, les adhérences du fémur au bassin ; — 2° la distension de la capsule qui, portée à l'extrême limite, rend le fémur solidaire de la cavité cotyloïde; — 3° l'action musculaire. — L'auteur pense qu'on a exagéré l'importance de cette dernière ; quand elle entre en jeu, la fixation du bassin ne serait pour ainsi dire que relative et répondrait à une sorte de besoin ; la volonté du malade interviendrait alors plus ou moins directement dans la production du phénomène, qui varierait avec sa cause.

La position vicieuse elle-même serait produite par plusieurs influences qui commenceraient à se faire sentir à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection. Nous y trouvons : 1° La distension de la capsule par du liquide portant au maximum la pression intra-articulaire ; — 2° La contracture ou la contraction musculaire, dépendante ou non de la volonté, combinée ou non à la première de ces causes. Voici suivant A... quelle est la succession des phénomènes : L'arthrite coxo-fémorale détermine primitivement la mise en jeu des muscles pour produire la flexion; l'exsudat inflammatoire cause de la douleur, l'incertitude du sens musculaire, qui provoquent la fixation du bassin : celle-ci peut se faire par le moyen de groupes musculaires divers, d'où la variété possible des attitudes dans la coxalgie. L'auteur ne croit pas devoir admettre l'origine réflexe de ces rigidités musculaires. Il pense, en revanche, que, dans un certain nombre de coxalgies où les lésions débutent par les tissus péri-articulaires, les muscles pourraient être directement atteints par l'inflammation et deviendraient ainsi la cause de la déviation du membre.

B) *De l'extension dans la coxalgie.* L'auteur fait une critique serrée de la tendance actuelle à employer l'extension comme moyen pour ainsi dire spécifique à tous les degrés et dans toutes les formes de la coxalgie. Il constate le peu d'entente qui existe entre les chirurgiens sur le mode d'action de ce moyen; les uns, comme Huter, espérant produire par des tractions une véritable distension de l'article et une diminution de la pression intra-articulaire ; d'autres, comme Busch attribuant à l'augmentation de cette même pression dans l'extension la résorption des produits pathologiques. Il cite des exemples où l'extension a semblé funeste, sans néanmoins que son action nuisible paraisse ressortir clairement des observations qu'il rapporte. Mais il est impossible de ne pas être surpris quand

on le voit considérer avec Roser la luxation spontanée comme une terminaison heureuse de la coxalgie ; celle-ci guérirait promptement dès que la luxation se serait produite, et si même l'amélioration ne survenait pas et que la vie du malade fût en danger malgré cet heureux accident, il faciliterait même alors la résection. Ce contentement facile donne une singulière idée de ce que peuvent être la pratique et les succès des chirurgiens allemands dans le traitement de la coxalgie.

III. — Albert insiste sur la fréquence des abcès péri-articulaires comparés aux suppurations articulaires dans les tumeurs blanches. La description est un peu confuse ; car, sous le même nom, il comprend des suppurations circonvoisines n'ayant rien de commun avec l'articulation, et les abcès antérieurs dépendant d'altérations de la synoviale, des ligaments, des surfaces articulaires : il signale avec raison la difficulté très-grande du diagnostic précis dans un bon nombre de ces cas. Il étudie ensuite les abcès péri-articulaires à l'épaule, au coude, où ils paraissent sur le côté interne de l'articulation radio-humérale ; au poignet, à la hanche, où ces suppurations peuvent souvent faire croire à une coxalgie suppurée, mais où elles ne révèlent le plus souvent qu'une ankylose cartilagineuse ; au genou, où on les rencontre près de la bourse prérotulienne ; au niveau du condyle interne, dans le creux poplité ; dans le cul-de-sac sous-tricipital chez des enfants, où celui-ci ne communique pas encore avec l'articulation ; au cou-de-pied, etc. — Dans tous ces cas l'épanchement articulaire concomitant, primitif ou consécutif, contribue beaucoup à obscurcir le diagnostic, qui ne peut être tranché souvent que par la marche des accidents. PAUL BERGER.

Sur la périarthrite du genou ; lettre adressée à M. le Dr DUPLAY, par le prof. L. GOSSELIN. (*Arch. génér. de médecine, oct.* 1873, *II*, *p.* 385.)

Le travail de S. Duplay sur la périarthrite de l'épaule, publié dans les *Archives générales de médecine* (novembre 1872) et analysé dans la *Revue des sciences médicales* (1873, t. I, p. 311), a conduit le professeur Gosselin à rechercher si certaines manifestations inflammatoires et douloureuses qu'il à observées du côté du genou n'ont pas leur siége dans les parties extra-articulaires. Il rappelle d'abord que certains auteurs ont décrit un rhumatisme extra-articulaire et que Brodie a signalé l'existence des névralgies articulaires. Enfin M. Peter a différencié la synovite articulaire du genou des synovites tendineuses du voisinage.

Mais il y a des cas qui ne rentrent dans aucune de ces catégories, et qui ne sont pas, non plus, des arthrites du genou. C'est pour

ces cas que M. Gosselin adopte volontiers l'expression de *périarthrite du genou*, qui indique l'existence d'une lésion extra-articulaire, sans spécifier quel est le tissu affecté. Il a, dans ces derniers temps, eu quatre fois l'occasion d'observer chez des jeunes femmes agées de quatorze à dix-neuf ans certains phénomènes douloureux du côté du genou, alors que la synoviale articulaire était évidemment hors de cause. Dans ces cas, il y avait une *douleur spontanée*, plus ou moins vive, que la pression en certains points réveillait et exagérait; il y avait de la *claudication*, une *contracture des muscles fléchisseurs* de la jambe sur la cuisse, et au niveau de la bourse séreuse prérotulienne, dans laquelle n'existait aucune trace d'épanchement, une *crépitation sèche*, analogue à celle qu'on décrit sous le nom de crépitation amidonnée.

M. Gosselin pense que, dans ces quatre cas, il y avait réellement une lésion de nature inflammatoire et non une simple névralgie. Les douleurs à la pression ne suivaient pas le trajet du nerf saphène interne; elles n'existaient pas, non plus, au niveau des muscles contracturés. Elles étaient disséminées sur une étendue variable et spécialement *sur la face interne du tibia, et au niveau du tendon rotulien et de la bourse prérotulienne*. Elles semblaient dues à une légère périostite accompagnée d'une synovite sèche.

La contracture des muscles fléchisseurs, qui n'a manqué que chez une des malades, ne parait pas avoir été *primitive* chez les trois autres, bien que l'une d'elles fût manifestement hystérique. En effet, chez cette dernière jeune fille (observ. IIe) la contracture ne s'est montrée que le cinquième jour après l'apparition de la claudication et de la douleur. On ne peut donc considérer la contracture comme la cause des douleurs. Dans les deux autres observations, le témoignage des malades établit aussi que la contracture ne s'est manifestée que consécutivement. M. Gosselin pense qu'il en est de ces cas comme de la tarsalgie, dans laquelle la contracture du long péronier latéral ne se montre que lorsque les malades souffrent depuis longtemps au niveau des articulations tarsiennes.

L'hystérie, qui n'était évidente que chez l'une des malades, ne paraît pas non plus pouvoir être invoquée comme plaidant en faveur soit d'une contracture primitive, soit d'une névralgie. Mais *l'âge* des quatre malades permet de supposer que le travail physiologique qui s'accomplit pour la soudure des épiphyses aux extrémités osseuses et la phlegmasie périostéo-synoviale qui en résulte ont amené, par action réflexe, la contracture des fléchisseurs chez des jeunes filles nerveuses dont l'une était positivement hystérique.

M. Gosselin n'a encore eu l'occasion d'étudier la périarthrite du genou que chez des femmes jeunes ou des jeunes filles, mais il pense l'avoir rencontrée antérieurement chez des hommes, à l'époque où son attention n'était pas spécialement fixée sur ce point.

Il cite aussi le fait plus récent d'une femme de vingt-sept ans, atteinte d'ankylose complète du genou, chez laquelle, malgré l'absence de crépitation anté-rotulienne, il pense que les douleurs très-superficielles et passagères qu'il a observées étaient dues non pas à une ostéite, mais à une phlegmasie légère périarticulaire.

Il est également porté à admettre l'existence de *périarthrites chroniques* pouvant se prolonger pendant des mois et des années. Cette idée lui est suggérée par l'observation d'une dame âgée aujourd'hui de quarante-huit ans, qu'il a soignée, en 1848, avec M. J. Cloquet, alors qu'elle était jeune fille et âgée de dix-neuf ans. Chez elle, le genou droit, pendant plus de trois ans, fut le siége de douleurs vives empêchant la marche, s'accroissant par la pression et s'accompagnant de contracture des fléchisseurs. Il fallut redresser le membre et le maintenir dans une gouttière ; mais, pendant tout ce temps, *la synoviale ne présenta aucun épaississement*, et il n'y eut *jamais d'épanchement* articulaire. A cette époque, MM. J. Cloquet et Gosselin diagnostiquèrent une névralgie articulaire ; mais la douleur n'était pas localisée au seul trajet du nerf saphène interne ; elle existait souvent au côté externe et au niveau du tendon rotulien. Aujourd'hui, M. Gosselin est disposé à croire qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une périarthrite chronique à forme névralgique. Il pense aussi que l'adolescence est intervenue pour une certaine part dans l'étiologie de l'affection. E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Surgical cases in relation to temperature (De la température dans quelques affections chirurgicales), par **Joseph BELL.** (*Edinburgh med. journ.*, *août* 1873, *p.* 119.)

Les recherches de l'auteur portent sur 25 observations recueillies avec soin et suivies, en général, de guérison. Voici les principales conclusions qui ressortent des tracés des malades.

La suppuration, même quand elle est fort abondante, ne s'accompagne pas nécessairement d'une élévation notable de la température, pourvu que le pus reste de bonne nature et sans altération.

En revanche, la fétidité de la suppuration entraîne constamment une augmentation dans la température.

Lorsqu'une température élevée se montre d'une façon persistante pendant plus de trois ou quatre jours après un traumatisme ou une opération, c'est l'indice qu'il se forme quelque complication, et ordinairement un abcès.

La température éprouve des modifications en général un ou deux jours avant le pouls, et elle annonce ainsi les accidents qui vont se produire.

Les observations destinées à confirmer ces assertions sont classées en trois catégories :

1° Cas de guérison d'une opération ou d'un traumatisme sans suppuration ni septicémie (ainsi après des amputations du sein, du pied, des fractures comminutives, des résections, etc.).

2° Cas dans lesquels les accidents étaient annoncés par l'ascension du thermomètre (invasion de maladies intercurrentes, altérations du pus, etc.)

3° Enfin, cas terminés par la mort, avec une température uniformément élevée (la plupart de ces observations ont trait à des érysipèles).

H. RENDU.

Sleeping sickness (Maladie du sommeil, par J.-W. OGLE. (*Med. Times and Caz*, 19 *juillet* 1873, *p.* 61.)

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Georges et où il était question des effets produits par la pression que déterminent sur les nerfs contigus aux vaisseaux, les tumeurs, les anévrismes, le Dr Ogle rapporta une commuuication qu'il avait reçue en 1869 du Dr Mac Carthy, chirurgien assistant, à Acera, dans l'ouest de l'Afrique, et qui a trait à une maladie appelée par les naturels de la contrée, maladie du sommeil, parce que les malades sont nuit et jour portés au sommeil.

Le premier cas fut observé en 1867 par le Dr Mac Carthy dans l'île Buluma ; ceux qu'il a eu l'occasion de rencontrer plus tard lui ont présenté les mêmes symptômes et la même cause. Un premier malade qui avait refusé l'opération est mort plus tard et avait été perdu de vue. Les autres avaient subi l'opération ; il en donne l'histoire, et d'après les renseignements qu'il a pris auprès d'eux-mêmes, et d'après ceux qui lui ont été donnés par les gens du pays.

« Dans chaque cas de mal de sommeil, il y a engagement des ganglions du cou qui forme une chaîne étendue jusqu'à la clavicule. Le traitement adopté par les « *docteurs* » du pays, consiste à enlever ces ganglions. Je n'ai jamais vu cette opération, mais on dit qu'elle est radicale, et chez un sujet je n'ai pas compté moins de treize cicatrices sur le cou.

« Cette affection est assez commune à Buluma et tout le long des grands fleuves. J'ai interrogé des gens d'Acera, ils n'en n'ont jamais vu ni entendu parler.

« Je crois que ces symptômes de sommeil sont causés par une compression sur les vaisseaux qui se rendent au cerveau, partant, par un obstacle à l'arrivée du sang dans cet organe. On sait que les ganglions cervicaux sont très-nombreux au point de bifurcation des carotides, et une compression exercée sur la carotide interne peut très-bien produire les effets dont je parle. Les *docteurs* d'ici enlèvent ces ganglions, sans savoir ce qu'ils font, puisqu'ils ignorent le premier mot de l'anatomie, et jamais il n'y a une issue fatale. »

E. LANCEREAUX.

Stricture of the œsophagus (Rétrécissement de l'œsophage), par RICHARDSON, Medical society of London, 20 oct. (*The Lancet*, 25 *oct.*, 1873, *II*, *p.* 596.)

Dans ce mémoire, Richardson rapporte dix observations de rétrécissements de l'œsophage qu'il a eu à traiter et qu'il a considérés comme cancéreux. Il admet les rétrécissements spasmodiques, mais il croit que *les rétrécissements persistants sont de nature maligne.* Ces rétrécissements, d'après son expérience, sont également fréquents dans les deux sexes ; ils apparaissent à la période moyenne de la vie ; les limites extrêmes qu'il a rencontrées sont vingt-deux ans et cinquante-cinq ans. Le siége du rétrécissement est habituellement au *tiers moyen du conduit œsophagien.* Au début, il n'y a guère de douleur ; l'obstacle au passage des aliments est le premier symptôme qui attire l'attention. Tous les cas qu'il a observés se sont terminés par la mort, et la *dépression morale* a toujours été très-marquée.

Pour le traitement, Richardson considère la dilatation comme accessoire ; le passage des sondes doit surtout avoir pour but de faire pénétrer des aliments dans l'estomac. Il faut aussi alimenter les malades avec des lavements nutritifs. La dilatation peut avoir des effets funestes, comme il l'a observé dans un cas. Pour faciliter l'introduction des aliments dans l'estomac, Richardson a employé une bouteille analogue à celle de Wolfe, dans laquelle le liquide à injecter est poussé à l'aide d'un petit soufflet (*a small bellows*). Il montre une sonde œsophagienne munie d'un tube central plus petit et un peu plus long qui est destiné à laisser échapper les gaz qui s'opposent quelquefois à l'injection des aliments. Il fait voir également un tube court destiné à être introduit à l'aide d'un mandrin jusqu'à ce que son extrémité supérieure soit au-dessous de l'ouverture laryngienne ; il devrait rester en place pendant la durée du repas et être retiré ensuite à l'aide d'un cordon fixé à son extrémité supérieure.

Si l'on avait à employer la dilatation, la pression devrait s'exercer de dedans en dehors et non de haut en bas, sur le point rétréci. Dans ce but, il a imaginé un instrument dont la partie dilatante est susceptible d'être distendue par l'injection d'air ou d'eau.

Il faut aussi s'attacher à maintenir à un degré normal la *température du corps*, car un abaissement de température marque les progrès de la maladie et est quelquefois suivi d'un coma rapidement mortel. La gastrotomie n'est d'aucune utilité dans ces cas.

Le Dr Semple, tout en admettant que le plus souvent les rétrécissements de l'œsophage sont de nature épithéliomateuse, pense qu'ils sont quelquefois fibreux. Le Dr Mason cite un cas qu'il a traité avec succès par la dilatation forcée, à l'instigation de Holt. M. Durham fait remarquer que ses bougies œsophagiennes conservent la courbure qu'on leur donne, grâce au tube d'étain qui entre dans leur construction. Leur forme est avantageuse, surtout lorsqu'il s'agit de faire passer un instrument de fort diamètre dans le rétrécissement. M. Durham admet positivement l'existence des rétrécissements organiques non cancéreux, consécutifs, à une ulcération simple ou à un exanthème. La gastrotomie lui paraît indi-

quée comme dernière ressource pour soulager les souffrances des malades. Il a également retiré de bons effets d'un bain continu d'eau et de lait à la période ultime de la maladie. E. DELENS.

Sur une variété d'étranglement interne reconnaissant pour cause les hernies internes ou intra-abdominales, par A. FAUCON. (*Arch. génér. de méd.*, 1873, *I, p.* 692 *et II, p.* 61.)

Conclusions :

1° Une des variétés de l'étranglement interne reconnaît pour cause les hernies internes ou intra-abdominales.

2° Ces hernies se divisent en deux groupes : *a*) les hernies proprement dites ; *b*) les pseudo-hernies.

3° Les hernies internes proprement dites ayant donné lieu aux accidents de l'étranglement, sont : 1° la hernie *mésocolique ;* 2° la hernie *intra-iliaque ;* 3° la hernie *anté-vésicale ;* 4° la hernie *intra-pelvienne ;* 5° la hernie *du ligament large ;* 6° la hernie *interne vaginale testiculaire.*

4° Les pseudo-hernies internes sont dues à des dispositions anatomiques anormales du péritoine qui tantôt accompagnent une ectopie testiculaire, et tantôt, probablement congénitales, ne reconnaissent aucune cause appréciable.

5° Le mode de formation de ces diverses variétés de hernies internes est imparfaitement connu et reste à l'étude.

6° Au point de vue clinique, les accidents qu'elles déterminent permettent de les diviser en deux groupes : *a*) les étranglements qui n'ont d'autres caractères que ceux de l'étranglement interne envisagé d'une manière générale ; *b*) les étranglements qui empruntent une physionomie spéciale à quelques caractères particuliers tirés des commémoratifs, de la constatation d'un sac ou de l'absence des testicules dans les bourses.

7° L'étranglement de ces sortes de hernies est constamment mortel, à moins d'une intervention chirurgicale hâtive avant le développement de l'inflammation du sac et sa propagation au péritoine.

8° La méthode opératoire qui facilite le plus la recherche et le dégagement de l'anse intestinale étranglée et qui paraît la plus propre à conjurer les accidents consécutifs est la *gastrotomie* pratiquée selon les règles établies plus haut et suivie ou non, suivant les cas, du débridement porté sur l'agent d'étranglement. E. D.

Ueber die Längsfracturen der Röhrenknochen (Des fractures longitudinales des os longs), par R.-U. KRÖNLEIN. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, n° 1 et 2, sept.* 1873.)

L'auteur définit la fracture longitudinale d'un os long, une fracture par laquelle cet os est divisé en deux fragments, dans toute sa longueur, d'une extrémité articulaire à l'autre.

Dans une première partie de son mémoire, il expose les opinions diverses émises par les auteurs sur ces fractures ; il distingue ces fractures longitudinales complètes et simples d'avec les fissures et les fractures incomplètes d'un côté, d'avec les diverses formes de fractures obliques et de fractures compliquées, de l'autre ; et cette revue, longue et détaillée, le conduit à cette conclusion qu'il n'existe dans la science aucun cas bien net d'une pareille fracture. C'est là surtout ce qui donne de l'intérêt à l'observation, qui a été le point de départ de ce mémoire, et a été recueillie à la clinique de Rose, à Zurich.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, vigoureux, d'une bonne constitution, qui en soutenant, le bras tendu, un très-lourd fardeau, est pris de douleurs violentes dans le bras droit, douleurs exaspérées par les mouvements et la pression sur la région de l'épaule. Bientôt apparaissent, de la fièvre, de la fluctuation, de la crépitation, avec gonflement considérable du bras. Par deux incisions faites successivement, l'une à l'extrémité supérieure du bras, l'autre vers le coude, on put constater l'existence d'un trait de fracture divisant l'os en deux fragments longitudinaux, trait de fracture allant de la tête humérale jusque dans l'articulation du coude ; cette fracture était compliquée d'une nécrose de ses bords.

La guérison survint au bout de deux ans, mais avec atrophie du deltoïde, du biceps et du triceps ; épaississement cylindrique considérable de l'humérus ; ankylose des articulations du coude et de l'épaule.

H. THORENS.

Klinische Bemerkungen über die Ranula (Remarques cliniques) sur la grenouillette), par A. BRYK. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1873, *nos* 10, 11, 15, 16, 21, 22, 23.)

Dans ce travail, l'auteur a pour but d'établir que la grenouillette ne reconnaît jamais d'autres causes que la dilatation des conduits salivaires, oblitérés le plus souvent (14 fois sur 19 cas), à la suite d'une stomatite généralisée ou partielle. Il cherche ensuite à définir les symptômes propres à cette affection, suivant que la dilatation porte, soit sur le canal de Wharton (7 cas), soit sur les conduits excréteurs de la glande sublinguale (11 cas), soit sur tous deux (1 cas). Deux fois, il a vu le cathétérisme et la dilatation progressive du canal de Wharton amener la disparition de la tumeur. Quand ce canal est complétement oblitéré, on reconnaît la nature de l'affection à l'absence d'écoulement de salive par l'orifice de ce canal, le plus souvent effacé, le canal de Bartholin restant quelquefois perméable ; et, après l'ouverture de la tumeur, on trouve une poche à parois lisses, se prolongeant en s'amincissant vers l'angle de la mâchoire et se continuant jusqu'à la glande sous-maxillaire.

Quant au contraire la glande sublinguale est le siége de la grenouillette, le canal de Wharton reste perméable, et la tumeur peut offrir deux aspects correspondant à des variétés anatomiques de la glande sublinguale. Celle-ci, forme rétro-maxillaire de Bryk, peut être appliquée contre la face postérieure du maxillaire, étendue depuis le voisinage de la

symphyse jusqu'à la dernière molaire, renfermée dans une loge aponévrotique ; elle donne naissance à plusieurs conduits de Rivinus et, à sa partie antérieure, à un canal de Bartholin court, s'ouvrant soit dans la bouche isolément, soit dans le canal de Wharton. La grenouillette, dans ce cas, est généralement précédée par l'apparition de petits kystes, dans la région du plancher de la bouche, le long du maxillaire inférieur. Après l'ouverture de la tumeur, on trouve une poche anfractueuse dont le fond est parfois tapissé de petits kystes ; elle est appliquée immédiatement contre le maxillaire et est séparée de la glande sous-maxillaire par l'épaisseur du mylo-hyoïdien. Le canal de Wharton est en arrière de la tumeur.

Dans une autre variété moins fréquente, la glande sublinguale proprement dite, comme l'appelle Bryk, est placée sur les côtés de la langue, recouverte seulement par la muqueuse, et elle donne naissance à de nombreux canaux de Rivinus et à un canal de Bartholin, indépendant, et long de 2 à 2 $^1/_2$ centim.

La grenouillette qui procède d'une telle glande n'est pas précédée ou accompagnée de petits kystes ; le canal de Wharton passe en avant ou au-dessus de la tumeur.

L'auteur ne croit pas que, même dans les cas anciens, la grenouillette puisse amener une déformation des dents ou du maxillaire inférieur. Dans un seul cas, la tumeur, grenouillette du canal de Wharton, avait gagné la région sus-hyoïdienne.

Le traitement recommandé par Bryk est : la dilatation du conduit de Wharton, quand elle est praticable ; le séton, avec un fil de platine, mais de préférence, l'ouverture de la tumeur et la cautérisation des parois du kyste avec le galvano-cautère. H. THORENS.

Recherches sur les tumeurs de la clavicule, par Henri CHEVALIER. (*Thèse de doctorat, Paris, in-4°, 80 pages.*)

Les conclusions de ce travail sont ainsi formulées :

Des os qui constituent l'épaule, la clavicule est celui qui est le moins souvent affecté de tumeurs.

Les tumeurs qu'on y observe se divisent en bénignes et malignes. Ces dernières sont les plus fréquentes.

La clavicule gauche est plus souvent atteinte que la clavicule droite.

Les tumeurs siégent, par ordre de fréquence : sur le corps de l'os, l'extrémité acromiale, l'extrémité sternale.

Leurs causes sont fort obscures.

Leur diagnostic histologique offre de grandes difficultés. Le diagnostic clinique, au point de vue de leur bénignité ou de leur malignité, est en général facile.

Leur traitement est presque exclusivement chirurgical.

La résection partielle ou totale de la clavicule pour des tumeurs est une opération grave qui, sur 27 cas d'opérés donne 6 morts, 14 guérisons et 6 cas sans renseignements.

Le pronostic de ces tumeurs est grave : 1° en raison des accidents qui

peuvent accompagner l'opération ; 2° en raison des accidents consécutifs à l'opération ; 3° en raison des récidives.

Quand il y a guérison, les fonctions du membre supérieur sont moins altérées qu'on pourrait le croire théoriquement. E. D.

I. Tumeur cancéreuse du testicule ; par M. PONCET.

II. Nouveau procédé d'extirpation de quelques tumeurs très-volumineuses ; par M. LÉTIÉVANT. (*Lyon méd., n° 23, pp. 272 et 294.*)

M. Poncet présente à la Société des sciences méd. de Lyon une tumeur du testicule enlevée par M. Ollier sur un homme de 72 ans. Ce testicule était retenu dans le canal, et la tumeur qui datait de deux ans, s'était développée dans le scrotum et le pli de l'aine ; elle était énorme et occasionnait de très-vives douleurs. On fit l'opération facilement, et on vit que la tumeur pesait 2,150 grammes. On reconnut à l'examen microscopique un carcinome.

A cette occasion, M. Létiévant indique la méthode qu'il emploie dans les cas de tumeurs volumineuses du sein et du testicule, tumeurs souvent vasculaires, sur lesquelles rampent des vaisseaux volumineux dont la section fait perdre au malade une énorme quantité de sang. Il sectionne la peau et le tissu sous-cutané à l'aide du cautère cutellaire ; arrivé sur la tumeur, il l'énuclée à l'aide de ses doigts ; quant aux adhérences vasculaires qui unissent la masse morbide aux tissus voisins, il les sectionne après ligature préalable, ou à l'aide de l'écraseur. De cette façon, on ne perd pas de sang. M. Létiévant présente quatre observations d'ablation de tumeurs enlevées par ce procédé, qui a sur celui de la cautérisation en flèches l'avantage d'être moins douloureux et de conserver la peau. On comprend cependant que ce procédé ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs énucléables, et non pas aux tumeurs diffuses. J. C.

Des causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparent dans la coxalgie, par le prof. VERNEUIL ; communicat. à l'association française pour l'avancement des sciences. — Session de 1873, Lyon. (*Gaz. hebd., 5 sept.*)

Les déformations dans la coxalgie se rapportent à deux formes, l'allongement apparent du membre avec adduction, rotation en dehors, projection en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure et abaissement du bassin ; le raccourcissement apparent avec adduction, rotation en dedans, projection en avant de l'épine iliaque, élévation du bassin. La cause unique de ces déformations est le mouvement de bascule du bassin, et ce mouvement lui-même est dû à une contracture du muscle carré des lombes et des muscles rachidiens. Suivant le siége de la contrac-

ture, on aura un allongement ou un raccourcissement. M. Verneuil n'émet aucune hypothèse sur la cause elle-même de cette contracture. Pour y remédier, le malade étant étendu sur le dos, le chirurgien place le genou sur la région convexe, c'est-à-dire du côté opposé à la contracture et par des mouvements gradués, en saisissant le sujet par les épaules et le bassin, il combat peu à peu cette contracture. Le bandage inamovible, appliqué alors dans de bonnes conditions, aura une efficacité réelle. A. C.

Sulla patogenesi meccanica dei calcoli vescicali (Pathogénie mécanique des calculs vésicaux), par Ch. CANTALAMESSA. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna, série V, juillet et août,* 1873.)

L'auteur de ce mémoire envisage la pathologie des calculs vésicaux à un point de vue tout à fait original. C'est ainsi qu'il rejette l'hérédité, qui ne jouerait aucun rôle dans leur production. L'influence diathésique elle-même est combattue par lui.

Tout cela est remplacé par des causes purement locales, parmi lesquelles le genre d'alimentation joue un rôle prédisposant. L'alimentation seule suffirait à expliquer pourquoi les calculeux sont plus communs dans certains pays que dans d'autres. A cette cause prédisposante s'ajoutent les causes locales, de beaucoup les plus importantes, et qui remplacent la diathèse. Elles agissent en favorisant la stagnation de l'urine dans la vessie, d'où dépôt des matériaux inorganiques. Ces idées se trouvent confirmées par des observations personnelles, dans lesquelles on trouve la proportion suivante :

12 calculs déterminés par phimosis ;
3 calculs déterminés par hypertrophie de la prostate ;
6 calculs déterminés par rétrécissement de l'urèthre;
2 calculs déterminés par corps étrangers de la vessie.

Les vices de conformation de l'urèthre méritent une attention spéciale; car ils sont tellement fréquents que Bockai considère les adhérences du gland et du prépuce comme l'état normal. Ceci explique pourquoi les enfants sont si souvent atteints de calculs.

Les vieillards sont, après les enfants, les plus exposés, à cause de l'hypertrophie prostatique. Les femmes doivent leur immunité relative à la largeur de leur urèthre, qui est défavorable à la stagnation de l'urine.

Conclusions pratiques : Explorer l'urèthe toutes les fois que l'urine ne sort pas librement, pour détruire l'obstacle et prévenir la formation des calculs. Pratiquer la circoncision de bonne heure. L'auteur est convaincu que le nombre des calculeux diminiuera par l'éxécution de ces préceptes. MARCANO.

Observations de luxations.

Halswirbelluxation durch Muskelzug (Luxation des vertèbres cervicales par contraction musculaire), par E. ROTTER, d'Erlangen. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, nº 4 et 5, pp. 484-488, juin* 1873.)

Un soldat, le cou tendu, est en train de boucler son col d'uniforme; en voulant brusquement regarder à droite, il sent un craquement dans le côté gauche du cou et ne peut relever la tête, qui reste inclinée à droite et un peu en avant; les apophyses épineuses des six premières vertèbres cervicales forment une courbe convexe à gauche; aucune saillie anormale du côté du pharynx; les mouvements de rotation de la tête sont conservés, ceux de flexion et d'extension impossibles. La motilité et la sensibilité sont conservées, sauf un peu de fourmillement dans le bras gauche. On diagnostique une luxation unilatérale gauche par rotation en avant de la sixième cervicale. La réduction fut faite pendant l'anesthésie chloroformique.

L'auteur rapporte sommairement deux autres cas analogues, observés à la clinique de Bardeleben, de luxation unilatérale de la troisième et de la quatrième vertèbres cervicales, sans troubles nerveux. H. TH.

Ein Fall von hereditärer congenitaler Luxation bei der Sprunggelenken (Luxation congénitale, héréditaire, double de l'articulation tibio-tarsienne), par R. VOLKMANN. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, nº 6, p.* 538-542, 1 *planche*, 25 *juillet* 1873.)

Il s'agit, dans cette observation, d'une luxation congénitale double de l'articulation tibio-tarsienne, présentant les caractères suivants: brièveté excessive de la jambe; absence de l'extrémité supérieure de la diaphyse du péroné, qui est réduit à son extrémité malléolaire; pied plat, porté fortement dans l'abduction avec abaissement de son bord interne; l'axe du pied est en dehors de celui de la jambe.

Mais ce qui rend cette observation intéressante, c'est le rôle qu'y joue l'hérédité. La difformité est identiquement la même chez le père et le fils. Et, dans cette famille, sur 16 personnes descendant en trois générations d'un aïeul atteint d'une difformité non spécifiée des membres inférieurs, il en est 8 qui présentaient une déformation analogue à celle que nous venons de résumer. H. TH.

Luxation of the superior maxillary bones, par le Dr WILLBUR. (*The american Journ. of the med. sc.*, 1873, *p.* 430.)

Il s'agit d'un homme blessé par la chute d'une cheminée. Entre autres lésions il présenta une fracture de la face, caractérisée par la mobilité (avec crépitation) de la mâchoire supérieure. La solution de continuité répondait en avant aux articulations des maxillaires supérieurs avec les os malaires et des os propres du nez avec le frontal (the malar bones remaining intact and the nasal retaining their relations to the superior maxillary bones). Les

deux maxillaires et les os du nez étaient mobiles ensemble dans le sens vertical. Cette mobilité était manifeste dans les mouvements de mastication.

La contention par la fronde déterminant des douleurs violentes du côté des orbites, la guérison fut abandonnée à la nature et s'effectua rapidement.

CH. P.

Drei Fälle von Hüftgelenkluxationen (Trois cas de luxation coxo-fémorale), par DOUTRELEPONT. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, n° 1 et 2, 12 sep.* 1873.)

1. *Luxation congénitale.* — Chez une petite fille de sept ans, ayant présenté pendant sa vie tous les symptômes cliniques et classiques d'une luxation iliaque de l'articulation coxa-fémorale du côté droit, l'auteur trouva les lésions suivantes :

La capsule, très-épaissie, présente ses insections normales, au fémur comme à l'os des îles. Très-distendue, elle remonte jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, puis redescend appliquée contre l'os iliaque et là où appuyait la tête fémorale, au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, elle est entièrement soudée au périoste de l'os iliaque ; elle présente à ce niveau un aspect cartilagineux, mais l'examen histologique n'y révèle que du tissu fibreux. sans présence de cellules cartilagineuses.

La tête fémorale est aplatie ; elle est entièrement revêtue de cartilage. Le col du fémur paraît raccourci.

La cavité cotyloïde a à peine 1 centimètre de profondeur; elle est remplie de graisse et de tissu conjonctif ; on ne trouve de cartilage qu'à sa portion périphérique. Il n'y a point trace de bourrelet cotyloïdien. Le ligament est allongé et applati.

Les muscles ne présentent aucune altération.

2. *Luxation spontanée.* — Un enfant de dix ans est atteint de coxalgie au printemps de 1868 ; douleur du genou, douleur à la pression au niveau du grand trochanter, gêne des mouvements de l'articulation coxa-fémorale. Au bout de deux mois, on constate un raccourcissement du membre, avec flexion de la cuisse. rotation en dedans, adduction, élévation du grand trochanter; on sent la tête fémorale dansla fosse iliaque externe. Après anesthésie, on peut reduire la luxation ; on met l'enfant dans un appareil plâtré, plus tard dans une gouttière de Bonnet. En avril 1869, il est pris de convulsions; on enlève à ce moment tout appareil, et se rétablissent rapidement le raccourcissement du membre, la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. On emploie l'extension continue ; mais des abcès se forment, des fistules se produisent, communiquant avec l'articulation. Elles sont cependant à peu près taries quand l'enfant succombe, en juillet 1872, à une méningite tuberculeuse.

A l'autopsie, on trouve les muscles de la hanche détruits par la suppuration, transformés en une masse fibro-adipeuse. La cavité cotyloïde est dépouillée de cartilage, mais sans production d'ostéophytes ; elle est remplie par du tissu fibreux et de la graisse; l'os paraît sain. La tête fémorale est entièrement détruite, sauf un petit fragment cartilagineux adhérent encore au col du fémur. Elle est luxée en haut et en dehors, et maintenue contre la fosse iliaque par des cordons fibreux très-courts et très-résistants. A l'endroit où elle appuie contre l'os des îles, on ne trouve aucun ostéophyte, aucune trace de formation d'une nouvelle cavtté cotyloïde.

Il s'est produit dans ce cas deux luxations, chacune par un mécanisme différent. La première semhle avoir été consécutive à une distension de la capsule par épanchement articulaire ; quant à la seconde, survenue après réduction de la première, elle aurait été produite par la contraction convulsive des muscles, après destruction d une partie de la tête fémorale.

3. *Luxation ischio-pubienne traumatique.* — Dans cette observation, qui s'est terminée par la guérison, Doutrelepont mentionne quelques particularités qui méritent d'être signalées. C'est d'abord la conservation des mouvements volontaires, ce qui fit même méconnaître la luxation au premier médecin appelé ; il ne paraissait pas y avoir fracture concommitante du rebord de la cavité cotyloïde, comme dans un cas analogue cité par Wetzer.

L'abduction était à peine prononcée, elle n'était que de 15°. Des expériences cadavériques ont montré à Doutrelepont qu'il en était ainsi dans les cas où il y avait une large déchirure de la capsule et du ligament de Bertin, car ce sont surtout ces parties fibreuses qui, dans la luxation ischio-pubienne, maintiennent le fémur dans l'abduction. H. THORENS.

Sub-spinous dislocation of shoulder, and reduction by manipulation (Luxation sous-épineuse de l'épaule), by H.-C. MARKHAM. (*The American Journal of thé med. sc., oct.* 1873., *p.* 573.)

Homme de 25 ans, fit une chute de cheval, et tenant encore la bride de la main droite eut le bras violemment tiré en haut.

Une demi-heure après, « le bras pendait sur le côté, l'immobilité était com- « plète. Le contour de l'épaule était tout à fait particulier. Sa face supérieure « présentait une large surface plate légèrement inclinée du côté du dos. On « pouvait aisément poser une assiette (a dinner plate) sur ce *plateau.* » L'extension échoua malgré le chloroforme. — Le chirurgien obtint la réduction, en fixant l'omoplate de la main gauche, tandis qu'avec la main droite après avoir ramené le bras luxé en haut sur le côté de la tête, il lui fit décrire un mouvement oblique en arrière et en bas. CH. P.

Observations diverses.

Zerreissung des Rückenmarks und der Rückenvenen durch Hyperflexion des Körpers (Rupture de la moelle et des veines du dos par la flexion exagérée du corps), par Fréd. BETZ. (*Memorabilien, XVIII Jahrgang, 4 Heft,* 1873.)

L'auteur rapporte un cas observé chez un gymnasiarque de 26 ans, homme de constitution athlétique et qui n'avait jamais fait aucune maladie. Le 16 novembre 1872, dans un exercice au trapèze, il fit un mouvement violent de flexion exagérée du tronc : du trapèze qui n'était élevé que de un mètre vingt centimètres, il tomba aussitôt sur un épais matelas et ne put se relever. Le Dr Betz le vit une demi-heure après l'accident. Il constata les phénomènes suivants : intelligence intacte, absence de nausées et de vomissement, parole libre, extrémités inférieures privées de mouvement et de sensibilité ; perte des mouvements volontaires au bras droit qui est à moitié fléchi et est le siége de douleurs très-vives; situation normale des apophyses épineuses, excepté à la quatrième vertèbre cervicale. Il y a là une subluxation : elle est réduite sans peine, et aussitôt les troubles de la sensibilité et des mouvements présentés par le bras droit disparaissent. Ces symptômes, auxquels s'étaient bientôt ajoutés du priapisme et de la rétention d'urine durèrent 8 jours; puis survint la paralysie des muscles respirateurs et le malade succomba le 24 novembre, ayant conservé jusqu'à la fin toute son intelligence.

Autopsie : Nulle trace de lésion traumatique de la peau ; commencement

d'escharre au sacrum ; à la nuque et au dos, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-cutané, surtout à droite. Sur le rachis, nulle trace de fracture, nulle trace d'hémorrhagie dans le canal vertébral. A partir de la 6e vertèbre cervicale jusqu'à la 3e vertèbre dorsale, la moelle est diffluente et de coloration rougeâtre ; elle est absolument saine dans tout le reste de son étendue, comme ses méninges. Aucune lésion encéphalique.

Une discussion à laquelle l'auteur se livre lui fait repousser le ramollissement de la moelle, à cause de la soudaineté à l'accident survenu sans aucun prodrome, et la commotion spinale à cause de l'absence de commotion cérébrale. Il est porté à admettre, si rares que soient les faits du même genre, que la lésion médullaire était une véritable déchirure produite, comme la rupture des veines du dos, par la flexion exagérée du tronc. V. HANOT.

A case of lightning stroke (Accident causé par un éclair pendant un orage), par J.-B. WILSON. (*Lancet*, 28 *mai* 1873.)

Par un temps très-orageux accompagné de coups de tonnerre et d'éclairs très-brillants dans le Bengale, un soldat fut sidéré par un de ces éclairs, il tomba et perdit connaissance pendant 10 minutes; une heure et demi après, porté à l'hôpital, le malade présenta une véritable surexcitation : il avait de plus le bras gauche très-enflé et à ce niveau une grande diminution de la sensibilité. Les deux jambes au-dessous des genoux presentaient aussi de l'anesthésie, mais peu de tuméfaction. Tous ces signes disparurent en 9 jours, il y eut seulement pendant un peu de temps une sorte d'ataxie locomotrice dans les membres inférieurs. A. G.

Note sur un cas de rupture complète du tendon du triceps fémoral, au niveau de son insertion à la rotule, par le Dr Paul FOURNAISE. (*Ann. de la soc. de méd. de Gand., août* 1873, *p.* 170.)

Un homme vigoureux de 44 ans, dans la station debout, lança brusquement la jambe droite en avant, à 50 centimètres du sol ; immédiatement la jambe gauche fléchit et le malade tomba, ressentant une vive douleur au genou gauche ; la tuméfaction fut tellement considérable qu'on ne put établir le diagnostic qu'au bout de quinze jours; on ne constata alors ni raccourcissement, ni déviation du membre, mais l'extension de la jambe était impossible. Les culs-de-sac rotuliens étaient effacés ; le membre étant dans l'extension, on sentait la rotule en place, et une dépression profonde à la base; dans la demi-flexion, une tumeur formée par la synoviale se dessinait à cette base, et en la comprimant, on arrivait dans l'espace intercondylien. Les accidents inflammatoires primitifs ont été combattus activement, mais le tendon n'a jamais pu se rattacher à la rotule, et le blessé ne marche qu'à l'aide d'un appareil orthopédique. Le triceps crural est même un peu atrophié de ce côté.

Pour expliquer comment une contraction, même très-violente, a pu amener un accident aussi insolite que la rupture d'un tendon aussi volumineux, accident dont bien des auteurs n'ont même pas supposé l'existence, M. Fournaise pense qu'elle ne s'est pas faite en masse, mais a dû avoir lieu successivement de dedans en dehors, par suite de l'obliquité du corps

par rapport au sol, dans le mouvement effectué. En lançant brusquement la jambe droite en avant, l'individu sentit au même moment la jambe gauche fléchir et chercha un point d'appui solide; c'est alors que se produisit une contraction exagérée du triceps, destinée à maintenir le membre dans l'extension, contraction augmentée par l'inclinaison du corps d'avant en arrière, et par la crainte dont fut saisi l'individu. J. C.

Myositis ossificans, par PODRAZKI ; communic. à la Société des médecins de Vienne. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde, n° 19, 9 mai* 1873.)

Chez un soldat, à la suite d'exercices gymnastiques exagérés, se développe rapidement une tumeur très-dure, correspondant au muscle brachial antérieur du côté droit. L'avant-bras est immobile, fléchi sur le bras à angle droit. On cherche à opérer l'extension pendant le sommeil chloroformique ; on y arrive, après avoir entendu un craquement très-net, dû sans doute à l'arrachement du tendon ; les mouvements de l'articulation du coude sont ainsi rétablis ; mais la tumeur persiste, de consistance évidemment osseuse : il est impossible d'y enfoncer une aiguille, ce que l'on pouvait faire au début.

Deux cas exactement semblables ont été communiqués, en 1864, par Pitha à la Société des médecins de Vienne, et Volkmann en a décrit un autre, dans l'ouvrage de Pitha et Billroth. H. TH.

Case of traumatic aneurism of the femoral artery at the groin (Plaie de l'artère et de la veine fémorale dans la région inguinale), by George BUCHANAN. (*Clinical surgical Report for the year* 1872.— *The Glasgow med. Journ., Aug.*, 1873, *p.* 463.)

Un garçon boucher, âgé de 19 ans environ, était occupé à désosser du bœuf, lorsque son couteau glissa et pénétra à un pouce de profondeur dans la partie supérieure de la cuisse droite. L'accident eut lieu la nuit, un médecin appliqua un tampon et un bandage, et envoya le malade à l'hôpital. Comme il était tard, comme l'hémorrhagie était complétement arrêtée et que le malade était très-affaibli par la perte de sang, on le fit coucher et on lui fit prendre fréquemment de petites quantités d'eau-de-vie et d'eau chaude. Il était mieux à 9 heures du matin, lorsqu'on le conduisit à la salle d'opérations. L'opération fut longue et laborieuse à cause du siége de la plaie juste au-dessous du ligament de Poupart. Lorsque le bandage fut enlevé, on trouva la plaie, longue d'un pouce environ, fermée par un caillot; on voyait nettement des pulsations. La compression au-dessus du ligament arrêtait partiellement la circulation. Je fis une incision de trois pouces de long sur la tumeur en comprenant la plaie dans l'incision. J'enlevai le caillot et avec l'indicateur gauche je bouchai l'orifice du vaisseau. Les lèvres de la plaie étant bien écartées, j'atteignis avec une extrême difficulté la partie supérieure de l'artère mise à nu, et à l'aide d'une aiguille à anévrysme je passai un fil au-dessus du point blessé. La recherche de la partie inférieure fut encore plus difficile, à cause de la compression qui avait été exercée sur les tissus, et au moment où je levai le doigt qui bouchait le vaisseau, il y eut un flot de sang. Cependant je finis par lier l'artère au-dessous de la lésion. En retirant mon doigt je vis avec effroi la plaie se remplir de sang noir et en examinant avec soin je vis une large plaie sur le côté de la veine ; le couteau avait

évidemment ouvert la veine en même temps que l'artère. J'essayai à plusieures reprises d'appliquer une ligature latérale sur la veine pour en éviter l'oblitération, mais l'orifice était si large que cela me fut impossible. J'essayai alors de tamponner la plaie dans l'espoir d'arrêter l'hémorrhagie, mais à tout instant le sang s'écoulait en telle abondance que le malade serait mort si les choses étaient restées en cet état. Il n'y avait point d'autre ressource que de lier la veine fémorale, dans le but de conserver la vie pour le présent et je renvoyai le malade bien déterminé, s'il se remettait en peu d'heures de la perte du sang et de l'ébranlement produit par cette longue opération, à recourir à la faible chance de l'amputation à la partie supérieure de la cuisse. Cependant il s'affaiblit graduellement et mourut dans l'après-midi.

C'est le quatrième cas d'anévrysme traumatique de la fémorale que j'aie eu à traiter. Les trois autres l'avaient été avec succès. CH. P.

Zur Casuistik der Tumoren (Observations de tumeurs recueillies à la clinique du professeur Dumreicher, de Vienne), par C. NICOLADONI. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, n° 6, p.* 527-537, 25 *juillet* 1873.)

Dans un premier cas, il s'agit d'un fibrome mou, kystique, du muscle temporal, remplissant la fosse temporale et la fosse sphéno-maxillaire, sans adhérence aux os. L'extirpation en fut pratiquée avec succès.

L'auteur rapporte une seconde observation d'une tumeur, exactement semblable au point de vue anatomique, siégant dans la paroi abdominale, et ayant récidivé après une première extirpation. Dans les deux cas, un traumatisme violent de la région avait précédé l'apparition de la tumeur.

Une autre observation est celle d'un sarcome à cellules fusiformes siégeant à la partie postérieure de la cuisse, au voisinage du nerf sciatique. Une première extirpation fut suivie rapidement d'une récidive locale qui nécessita l'amputation de la cuisse. La tumeur embrassait le nerf sciatique; elle recevait une branche importante de l'artère fémorale ; il en partait une veine volumineuse qui s'ouvrait dans la veine crurale; cette veine était remplie par une masse sarcomateuse qui se prolongeait jusque dans l'intérieur de la veine crurale. La mort survint trois mois après, à la suite de symptômes d'infection cancéreuse généralisée. H. TH.

Zur Casuistik der Herzwunden (Un cas de plaie du cœur), par le Dr C. SCHMIDT, de Lahr. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, II, n° 4 et 5, p.* 473-477, *juin* 1873.)

Il s'agit d'un aliéné qui se porte un coup de poignard dans la région du cœur. On constate d'abord tous les signes d'un épanchement abondant dans le péricarde, puis plus tard dans la plèvre; la thoracentèse permet de retirer de la cavité pleurale 430 grammes de sang. Mais l'épanchement se reproduit. Au vingt-sixième jour, on remarque de l'œdème des membres inférieurs, de l'ascite avec augmentation de volume du foie, développement des veines cutanées abdominales ; albuminurie, pouls fréquent et filiforme. La mort arrive le quarantième jour après l'accident, et à l'autopsie on trouve, au point correspondant à la blessure, une adhérence des deux feuillets du péricarde et au-dessous une cicatrice résistante, pénétrant jusqu'à 5 millimètres dans le tissu de la cloison interventriculaire et traversée par une petite branche de l'artère coronaire ; tout le péricarde est revêtu de fausses membranes en voie d'organisation. La veine cave, à son entrée dans le péricarde

est rétrécie par des adhérences solides qui se sont établies entre le diaphragme et le feuillet viscéral de la séreuse ; au-dessous du diaphragme elle présente une dilatation assez considérable. H. TH.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Clinical surgical report for the year 1872, par BUCHANAN, surgeon, Glasgow Royal Infirmary. (*The Glasgow. med. Journ.*, août, p. 460-469).

Die allgemeine Chirurgie (Chirurgie générale), par C. HUETER. — Leipzig.

Praktisches Handbuch der Chirurgie, par C. H. HERTWIG, Berlin.

Des différentes formes de l'ostéite aiguë, par E. SPILLMANN. (*Arch. génér. de médecine*, mai et juin, t. I, p. 600 et 723.)

Périostite phlegmoneuse aiguë, nécrose et ablation totale de la clavicule, par L. LE FORT. (*Soc. de chir.*, *Gaz. des hôp.*, p. 758.)

Ostéite chronique du fémur, par M. PEYROT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 326.)

Sur la nécrose des os du bassin, par H. ALLEN. (*Philad. med. Times*, mai.)

Nécrose phosphorée (Du moment opportun pour intervenir), par TILLAUX, etc. (*Soc. de Chir. et Gaz. des hôp.*, 1051.)

Note sur l'exostose sous-unguéale, par le Dr MORISSON. (*Bull. méd. du Nord*, nos 9 et 10.)

Hereditary exostoses (Exostoses héréditaires). *Charing-Cross Hospital*, Dr POORE. (*The Lancet*, 29 nov., II, p. 771.)

A case of simultaneous fracture of the patellæ (Observation de fracture simultanée des deux rotules), par Richard JOHNSTON. (*The Lancet*, 8 nov., t. II, p. 661.)

Enfoncement de la cavité cotyloïde par suite de chute sur le grand trochanter, par E. BŒCKEL. (*Soc. de médecine de Strasbourg. — Gazette médicale de Strasbourg*, nov.)

Considérations sur les fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire. par LOTESSIER. (*Thèse Paris.*)

Des fractures du fémur par armes à feu, par CUILHÉ. (*Thèse Paris.*)

Fractures transversales simples de la rotule, par LARCHÉ. (*Thèse Paris.*)

Deferred fracture of the clavicle (Fracture non immédiate de la clavicule), par Alfred E. BARRETT. (*The Lancet*, 20 sept., t. II, p. 433.)

Fracture du pubis, déchirure du canal de l'urèthre, par le Dr Leenhardt, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Montpellier. (*Montpell. méd.*, août, p. 140.)

Fracture ancienne du col du fémur. Ankylose osseuse de la tête fémorale. Pseudarthrose consécutive, par M. Peyrot. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, p. 287.)

Separation of the coronal suture without fracture (Disjonction de la suture coronale sans fracture), par R. A. K. Holmes. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 618.)

Fracture du crâne avec plaie du cerveau, par G. R. Gilruth. (*Philad. med. Journal*, juillet.)

Cas de fracture du crâne avec remarques sur le traitement, par J. F. Atkinson. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mars.)

Compound fracture of skull with protrusion of brain substance; simple fracture of left thigh and left forearm; separation of lower epiphysis of right radius resembling a Colles fracture; death (Fracture compliquée du crâne avec issue de la substance cérébrale; fracture simple de la cuisse gauche et de l'avant-bras gauche; décollement de l'épiphyse inférieure du radius droit simulant une fracture de l'extrémité inférieure; mort). *Middlesex Hospital*, par Morris. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., t. II, p. 354.)

Fracture of skull; superficial lacerations of convolutions of both cerebral hemispheres; remarkable gyratory movements of left arm; high temperature (Fracture du crâne; déchirure superficielle des circonvolutions des deux hémisphères cérébraux; mouvements remarquables de rotation du bras gauche; élévation de la température). *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., t. II, p. 353.)

Case of compound fracture of the orbital plate of the frontal bone with laceration of the brain, from the thrust of an umbrella (Cas de fracture compliquée de la lame orbitaire du frontal avec déchirure du cerveau, par un coup de parapluie), par Stannus Hughes. (*The Irish Hospital Gazette*, 15 août, p. 241-246.)

On a case of loss of nearly half of the bones of the skull with exposure and sloughinh of a portion of the brain (Perte de la moitié des os du crâne avec attrition d'une partie du cerveau, guérison), par Rutherford de Harrisburg. (*Buffalo med. Journal*, octobre.)

Fractures multiples du crâne et de l'os malaire, par M. Affre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 273.)

Nine cases of fatal fracture of the skull, with post-mortem reports thereon (Neuf observations de fractures du crâne avec détails nécropsiques), par Henry Morris. (*Med. Times and Gaz.*, 18 oct., t. II, p. 434.)

Frattura astragaliana complicata a doppia lussazione del piede. Asportazione della testa dell'astragalo, guarigione (Fracture astragalienne compliquée d'une double luxation du pied. Arrachement de la tête de l'astragale; guérison) mémoire (avec fig.), du Dr F. Romei. (*Bullettino delle Sc. med. de Bologne*, mai 1873, p. 322.)

Laceration of forearm, with compound fracture of ulna, caused by the bite of a bear (Plaie contuse de l'avant-bras avec fracture compliquée du cubitus produite par la morsure d'un ours). *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., t. II, p. 354.)

Fracture du fémur par coup de feu, gangrène du pied, accidents emboliques, guérison, par Bazin. (*Gaz. des hôp.*, 956.)

Luxation de la phalangette du pouce en arrière (compliquée), par Fleys. (*Gaz. des hôp.*, p. 734.)

Luxation latérale interne de la phalangette du pouce, par Fleys. (*Gaz. des hôp.*, p. 778.)

Luxation de la seconde phalange du second orteil du pied gauche, par P. Budin, interne des hôp. (*Progrès méd.*, n° 15, p. 171.)

Trois observations de luxation isolée de l'extrémité supérieure du radius, par M. Louis Jullien. (*Lyon méd.*, n° 20, p. 106.)

Remarks on dislocations of the clavicle, humerous and elbow (Remarques sur les luxations de la clavicule, de l'humérus et du coude), par W. Brown (*British medical Journal*, n° 664.)

Luxation tibio-tarsienne en avant et en dehors, complication de fractures multiples, par Moutard-Martin, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 381.)

Ein fall von Luxatio cruris mit Zerreissung der Arteria poplitea und Ligamenta cruciata (Un cas de luxation de la cuisse avec déchirure de l'artère poplitée et des ligaments croisés), par le Dr Knichynicki, de Lemberg. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, p. 255.)

Note sur un cas de luxation de l'atlas en arrière; compression de la moelle allongée par l'odontoïde; mort subite, par M. Longuet, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, p. 357.)

Dislocation of tendon of the sartorius muscle (Luxation du tendon du muscle couturier). *Royal free Hospital*, M. Hill. (*The Lancet*, 8 nov., t. II, p. 662.)

Die Scoliose in ihrer rationelle Beutheirlung u. Behandlung (Scoliose. Étude critique et traitement), par A. Ahronheim, Berlin.

De la périarthrite du genou, par Bouquerot. (*Thèse Paris.*)

Disease of the hip-joint; excision (Tumeur blanche de l'articulation de la hanche; résection). *Guy's Hospital*, par Davies Colley. (*The Lancet*, 22 nov., t. II, p. 735.)

Sacro-coxalgie gauche, carie du sacrum, mort, par M. Stoïcesco, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 349.)

Sacro-coxalgie d'origine traumatique, par M. Rey. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 327.)

Inflammation of the sacro-iliac joint (Inflammation de l'articulation sacro-iliaque.) *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., t. II, p. 354.)

De l'arthrite sèche ou déformante, par E. Paugam. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

Sopra alcuni aneurismi del' aorta toracica osservati dopo il 1870 (Sur quelques anévrysmes de l'aorte thoracique observés depuis l'année 1870), par le Dr Louis Ciniselli. (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, août, fasc. 15e et 16e.)

Aneurisme traumatico alla palma della mano; compressione digitale ; guarigione (Anévrysme traumatique de la paume de la main, compression digitale ; guérison), par le Dr Giacchi. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, 5 avril. — (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, 31 mai, fasc. 10e.)

Axillary aneurism; compression; cure (Anévrysme axillaire ; compression, guérison). *University College Hospital*, par Erichsen. (*The Lancet*, 15 nov., t. II, p. 700.)

Anévrysme de l'artère poplitée, leçon de M. Gosselin, recueillie par A. Robin. (*Prog. méd.*, n° 24, p. 281.)

Aneurisma spontaneo subclavio-ascellare, destro sorto da arteria ateromatosa. Compressione indiretta intermittente mediante sigillo. Guarigione dell' aneurisma con superstite arteria pervia (Anévrysme spontané sous-claviaxillaire droit développé sur une artère athéromateuse. Compression indirecte intermittente au moyen du *cachet* (compresseur propre à l'auteur, et figuré). Guérison de l'anévrysme avec conservation de la perméabilité de l'artère), note du prof. F. Rizzoli. (*Bullettino delle sc. med. de Bologne*, février, p. 107.)

Alcune annotazioni sulle ferite e sugli aneurismi dell' arteria vertebrale (Quelques remarques sur les blessures et sur les anévrysmes des artères vertébrales), par le Dr F. Verardini. (*Bullettino delle sc. med. de Bologne*, oct. 1872, p. 293.)

Anévrysme spontané de l'artère pédieuse, par M. Rey. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 314.

Diffused aneurism of the right popliteal artery; ligature of the femoral; secondary hæmorrhage; ligature of the external iliac ; secondary hæmorrhage; gangrene of the foot and leg ; amputation; death (Anévrysme diffus de l'artère poplitée du côté droit; ligature de la fémorale; hémorrhagie secondaire; ligature de l'iliaque externe ; hémorrhagie secondaire, gangrène du pied et de la jambe ; amputation; mort). — *Royal united Hospital, Bath.*, par Gore. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 591.)

Case of traumatic aneurism of the throat successfully treated by ligature of the common carotid (Anévrysme traumatique du pharynx traité avec succès par la ligature de la carotide primitive), par R. R. Bowker. (*The Lancet*, 11 oct., p. 517.)

Case of spontaneous aneurism of common carotid artery, left side. Ligature of artery in Lower stage of its course. Cure of aneurism (Cas d'anévrysme spontané de l'artère carotide primitive gauche. Ligature à la partie inférieure de l'artère. Guérison de l'anévrysme), par Christopher Fleming. (*The Dublin Journal of medical science*, août.)

Lectures on the surgical treatment of aneurism in its various forms (Leçons sur le traitement chirurgical de l'anévrysme dans ses différentes formes), par Timothy Holmes. (VIe leçon; anévrysmes de l'aisselle; anévrysmes du bras, de l'avant-bras et de la main. *The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 583.)

On the difficulties attending the diagnosis of aneurism, being a contribution to surgical diagnosis and to medical jurisprudence (Sur les difficultés du diagnostic de l'anévrysme; contribution au diagnostic chirurgical et à la mé-

decine légale), by Stephen Smith. — 2e article. (*The American Journ. of the med. sc.*, oct., p. 401-409.)

Contribution à l'étude des anévrymes artério-veineux, par Georgesco. (*Thèse de Paris.*)

Plaie pénétrante du cœur, par M. Viollet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 491.)

D'una ferita interessante l'arcata arteriosa palmare superficiale, con riflessioni sopra la riunione immediata e mediata delle ferite (D'une blessure intéressant l'arcade artérielle palmaire superficielle, avec des réflexions sur la réunion immédiate et médiate des blessures), par le Dr Marchionneschi. (*Lo Sperimentale*, fasc. 10e, p. 437.)

Case of cut-throat wound of internal jugular vein ; ligature ; recovery. (Observation de plaie du cou avec blessure de la veine jugulaire interne ; ligature ; guérison), par J. Woodman. (*British medical Journal*, 18 oct.)

Un caso d'elefantiasi teleangiectode congenita (Un cas d'éléphantiasis télangiectode congénital), communication à la 6e conférence de Trieste, par le Dr Menzel. (*Il Morgagni*, fasc. 6, p. 434.)

The growth of cicatrices from wounds made in early life, and the supposed wearing out of cicatrices (De l'accroissement des cicatrices résultant de plaies faites dans les premiers temps de la vie et de la prétendue diminution des cicatrices). — Medical society of London. — W. Adams. (*The Lancet*, 29 nov., t. II, p. 773.)

Snake-poisoning and its treatment (De la morsure des serpents et de son traitement), par George B. Halford. (*Med. Times and Gaz.*, 20 sept., t. II, p. 323.)

A case of cobra poisoning treated by incision and liquor potassæ locally and internally, terminating fatally in one hour and twenty-five minutes (Morsure du serpent cobra traitée par l'incision et la solution de potasse à l'intérieur et à l'extérieur ; mort en une heure vingt-cinq minutes), par H. P. Esmonde White. (*Med. Times and Gaz.*, 11 oct. 1873, t. II, p. 413.)

Bite of the Diamond Rattlesnake crotalus adamanteus (Observation de morsure par un serpent à sonnettes), par A. Mitchell. (*The Boston med. and surg. Journal*, octobre.)

Death from the sting of a wasp (Mort par une piqûre de guêpe), par William Odell. (*The Lancet*, 6 sept., t. II, p. 333.)

Child's head impaled on a pitchfork (Tête d'enfant traversée par une dent de fourche), par le Dr Goodlove. (*The American Journ. of the med. sc.*, oct.)

Cas de fistule laryngée, par Agnew. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

De la déchirure du poumon, sans fracture de côte correspondante, considérée au point de vue de son mécanisme et de ses symptômes, par François Joubin. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

Ein Fall von traumatischer Aphasie (Observation d'aphasie traumatique), par le Dr A. Menzel, de Trieste. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 32.)

Epilepsie traumatique guérie par la trépanation, par J. Hughes. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

Blow on the head; epileptic fits; trephining; cure (Coup sur la tête; attaques épileptiques; trépanation; guérison). — Guy's Hospital, par Cooper Forster et Dr Wilks. (*The Lancet*, 30 août, t. II, p. 300.)

Ueber einen Fall von Kopfverletzung mit folgendem Diabetes mellitus (Sur un cas de traumatisme de la tête suivi de diabète sucré), par le Dr F. O. Kämnitz. (*Archiv. der Heilkunde*, p. 447.)

Distruzione traumatica di un emisfero del cervello seanza alterazione di funzione cura dell' emiplegia coll' electricita (Destruction traumatique d'un hémisphère du cerveau sans altération de fonction ; traitement de l'hémiplégie par l'électricité) , par le prof. L. Porta. (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, août, fasc. 15e et 16e.)

Di alcuni fenomeni mediati consecutivi alle contusioni del capo (Certains phénomènes médiats consécutifs aux contusions de la tête) (sommeil pathologique, paralysies partielles, pachyméningite externe et altérations des facultés cérébrales). — Communication faite à l'Acad. des sc. de l'Institut de Bologne, séance du 6 février, par le Dr P. Loreta. (*Bullettino delle sc. med.*, mai, p. 388.)

A case of anosmia following a bow (Observation d'anosmie consécutive à un coup), par J. Wickam Legg. (*The Lancet*, 8 nov., t. II, p. 659.)

Blessures de la tête par coups de feu, par H. E. Woodbury. (*Philad. med. Times*, juin.)

Plaie par arme à feu de la rate, par H. Duret. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 250.)

Penetrating gunshot wound of the abdomen; injury to the spleen, stomach and liver (Plaie par arme à feu pénétrante de l'abdomen; blessure de la rate de l'estomac et du foie). — University College Hospital, par Erichsen. (*The Lancet*, 27 sept., t. II, p. 450.)

Gunshot wound of stomach and kidney; recovery (Plaie par arme à feu de l'estomac et du rein; guérison), Dr Brooks. (*The Americ Journ. of the med. sc.*, oct., p. 582.) Extrait emprunté au *Chicago med. Journ.*, sept. 1872.

Blessure du nerf tibial postérieur gauche par une lame de canif restée dans la plaie ; accidents hystéro-épileptiques ; extraction du corps étranger; guérison. — Coup de couteau reçu sur un des côtés de la face; lame de couteau retirée au bout d'un an de la région amygdalienne. Observations recueillies par le Dr Gillette. (*Un. méd.*, p. 801.)

Contribuzione alla patogenesi ed alla terapia del tetano, par G. Pierantoni. (*Racc. med. Forli*, 30 juin 1873.)

Case of tetanus, Dr Banks. (*Irish. hospital Gazette*, aug., p. 257.) Enfant de 10 ans. Introduction d'un petit fragment de bois sous l'ongle du gros orteil.

Tre casi di tetano traumatico inutilmente tractati con varii mezzi (Trois cas

de tétanos traumatique traités inutilement par divers moyens), par le Dr D. Gallina. (*Rivista di med., di chir., e di terap. de Milan*, 15 mars, fasc. 5e.)

Paralysis of muscles supplied by the external popliteal nerve and severe pain in the course of its distribution, the result of the contraction of a cicatrix (Paralysie des muscles animés par le sciatique poplité externe et douleur vive sur le trajet de ce nerf, par suite d'une rétraction cicatricielle) — Guy's Hospital, par Bryant. (*Med. Times and Gaz.*, 1er nov., t. II, p. 496.)

On anal and perineal neuralgia, par S. Weir Mitchell. (*Philadelphia med. Times*, 19 juillet.)

Contributo clinico alla storia delle ernie, par C. Bonora. (*Sperimentale, Florence*, juillet.)

Hernies étranglées, pratique de Després. (*Gaz. des hôp.*, 1058.)

Case of double ventral hernia (Cas de hernie ombilicale double); la première étranglée au moment de l'admission du malade à l'hôpital; opération. Cinq jours après, l'autre hernie s'étrangle à son tour; nouvelle opération; guérison, par Edward Wookes. (*British medical Journal*, n° 664.)

Case of strangulated umbilical hernia; operation, recovery (Cas de hernie ombilicale étranglée ; opération, guérison), par G. B. Oxley. (*British medical Journal*, n° 672.)

Clinical Lecture on umbilical hernia (Leçon clinique sur la hernie ombilicale), par John Wood. (*Med. Times and Gaz.*, 29 nov., t. II, p. 601.)

On cases of large labial hernia and their treatment (Sur les cas des hernies volumineuses qui descendent dans la grande lèvre, et sur leur traitement), par Christopher Heath. (*The Lancet*, 29 nov., t. II, p. 767.)

Very large oblique labial hernia (Hernie oblique très-volumineuse descendant dans la grande lèvre) — Middlesex Hospital, par Hulke. (*The Lancet*, 8 nov., t. II, p. 662.)

Incarcerated omental hernia with hydrocele of sac (Hernie épiploïque enkystée avec hydrocèle du sac) — Middlesex Hospital, par Hulke. (*The Lancet*, 8 nov., t. II, p. 662.)

Hernie étranglée par une bride provenant du sac avec intégrité des anneaux, par MM. Pasturaud et Muron. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 273 et 275.)

Hernie crurale étranglée ; gangrène de l'anse intestinale sans anus contr nature ni altération du sac herniaire, par MM. Martin et Grancher. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 315-316.)

Strangulated congenital inguinal hernia; operation with radical cure (Hernie inguinale congénitale étranglée; opération suivie de cure radicale).— King's college Hospital, par John Wood. (*The Lancet*, 6 sept., t. II, p. 335.)

Strangulated oblique scrotal hernia; taxis, ice, herniotomy, sac opened, antiseptic dressing, rapid recovery, afterwards diarrhea and tenesmus caused by scybala in rectum (Hernie scrotale oblique étranglée; taxis, glace, débridement, ouverture du sac, pansement antiseptique, guérison rapide, diarrhée et ténesme consécutifs dus à la présence de matières durcies dans le rectum). — Middlesex Hospital, par Hulke. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 592.)

Strangulated femoral rupture, herniotomy, sac opened, recovery. (Hernie crurale étranglée, débridement, ouverture du sac, guérison) — *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 593.)

Strangulated hernia complicating a suppurating pelvic hematocele; recovery (Hernie étranglée compliquant une hématocèle suppurée du petit bassin; guérison) — *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 593.)

Caso di ernia ischiatica (Cas de hernie ischiatique), par le Dr Frosio, Milan 1873. (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, avril, fasc. 7e et 8e.)

Ischiatic hernia (Hernie ischiatique), par F. C. Crosslè. (*Reports on the Dublin pathological Society*, 29 mars. — (*Dublin Journal of medical science*, septembre.)

Protrusion of stomach through a wound (Plaie de l'abdomen, issue de l'estomac avec symptômes d'étranglement herniaire, réduction après débridement; guérison), par le Dr Christoe. (*Canada Lancet*, mars 1873. — *Medical Press and Circular*, 27 août, p. 201.)

Hernie abdominale étranglée consécutive à une plaie de l'abdomen par balle, par Podrazki. (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, n° 8, 21 février.)

Di tre casi di ernie cangrenate e di uno di ferita intestinale da coltello. Riduzione dell' intestino. Fistola stercoracea successiva, guarigione (Trois cas de hernies gangrénées ; un cas de blessure intestinale par un couteau. Réduction de l'intestin. Fistule stercorale consécutive, guérison), par le Dr L. Medini. (*Bull. delle sc. med. de Bologne*, sept., p. 182.)

Etude sur le diagnostic des tumeurs de la paume de la main, par le Dr E. Bachon, méd. major de 2e cl. (*Recueil des mém. de médec. et de chirurgie militaire*, t. XXIX, p. 61.)

Lipomes sous-cutanés et profonds. Extirpation, par Paul Olivier. (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, 15 juillet.)

On follicular disease of the scalp (Maladie folliculaire (tumeur sébacée du cuir chevelu), par James F. Goodhart. (*Guy's Hospital Reports*, vol. XVIII.)

Enchondrome du testicule avec kystes hématiques simulant un hématocèle de la tunique vaginale ; castration, par M. le Dr E. Cruveilhier. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 329.)

Enchondrome de la parotide, par L.-E. Dupuy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 261.)

Fibro-myome des parois abdominales, opération, guérison, observation par Panas et Brière. (*Gaz. des hôp.*, 977.)

Myxo-sarcome volumineux de la partie postéro-interne de la cuisse ; ablation, guérison) — *Hôpital Saint-Antoine*. — Dr Duplay. (*Arch. génér. de médecine*, juin, t. I, p. 756.)

Sarcome de la région inguinale, par M. Stoicesco. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 297.)

Sarcome du creux poplité, par M. Lemaistre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 213.)

Cysto-sarcome volumineux du sein. Large ulcération par nécrose d'une partie de la peau. Remarques sur la pathogénie et le traitement, par MM. Lagrange et H. Duret. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 510.)

23 neue Beobachtungen v. Polypen d. Kehlkopfes (23 nouvelles observations de polypes du larynx), par V. Bruns. — Tubingue.

Considérations générales sur les tumeurs de la voûte pharyngienne, par C. Flour. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

Bursal swelling at the outer malleolus containing melon-seed-like bodies (Tumeur de la bourse séreuse de la malléole externe renfermant des corps étrangers semblables à des graines de melon) — *Middlesex Hospital*, par Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 1er nov., t. II, p. 496.)

Bursal tumour over great trochanter (Tumeur de la bourse séreuse du grand trochanter) — *Middlesex Hospital*, par Moris. (*Med. Times and Gaz.*, 1er nov., t. II, p. 496.)

Cancroide nella regione epigastrica comprendente il peritoneo, sua escisione, guarigione (Cancroïde de la région épigastrique comprenant le péritoine, son excision; guérison), par le prof. F. Rizzoli. (*Bullettino delle sc. med. de Bologne*, p. 341.)

Essai sur le cancroïde de la verge, par Villiés. (*Thèse Paris*, n° 350.)

Dent de sagesse extraite d'un kyste du maxillaire inférieur, par M. Rémy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 401.)

Cisse fibrosa al colle (Kyste fibreux du cou), par le Dr Fabius Grilli. (*Lo Sperimentale de Florence*, fasc. 8e, p. 177.)

Kyste hydatique de la rate, extirpation, mort, par Kœberlé. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 17.)

Kystes du corps thyroïde, ponction, puis drainage. Infection purulente et infarctus abcédé de la rate, par M. Remy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 308.)

Cystenkropf des linken Lappens der Schilddrüse, durch Iodeinspritzung mit nachfolgender Eiterung zur vollständigen Heilung gebracht (Kyste du lobe du corps thyroïde, injections iodées, suppuration consécutive, guérison complète), par le Dr Hopmann, de Cologne. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, II, nos 4 et 5, p. 480-484, juin.)

Vascular tumours of the meatus urinarius, par William Roe. (*Irish. Hospital Gazette*, aug., p. 259.)

The treatment of gonorrhœa by local remedies only; with complicated cases so treated (Traitement de l'uréthrite par l'emploi des injections seules; cas compliqués traités par cette méthode), par Philip Foster. (*Med. Times and Gaz.*, 25 oct., t. II, p. 461.)

Cistite susseguita da podilite indi da poliuria (Cystite suivie d'arthrite tibio-tarsienne et de polyurie), par le Dr F. Bergonzolli. (*Rivista di med., di chir., e de terap. di Milan*, 15 mars, fasc. 5e.)

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs

urineuses et des abcès urineux, par H. Dransart, interne des hôpitaux. (*Progrès méd.*, nº 2 à 13.)

Case of rupture of the bladder apparently without external violence and without stricture of the urethra (Cas de rupture de la vessie sans violence extérieure apparente et sans rétrécissement de l'urèthre), par William Macewen. (*The Lancet,* 27 sept., t. II, p. 448.)

Caso di spasmo del collo della vescica guarito colla cistotomia (Cas de spasme du col de la vessie guéri par la cystotomie), par le Dr François Parona. (*Rivista clinica*, 1873, nº 4, p. 97.)

Neun Tage anhaltende Urinverhaltung in Folge von Nierensteinen; Heilung (Rétention d'urine ayant duré neuf jours, par suite de calculs néphrétiques; guérison), par le Dr Peschek, de Leipzig. (*Arch. d. Heilk.*, p. 568.)

Rétrécissement de l'urèthre, rétention d'urine, par D. H. Agnew. (*Philad. med. and surg. Reporter*, t. XXVII, avril.)

Ueber chronische Prostatitis, par le Dr Furstenheim. (*Berlin. klin. Wochens.*, nos 41 et 44.)

Abscess of chronic nature in the roof of the prostatic portion of the urethra, giving rise to the clinical symptoms and pathological results of organic stricture of the urethra; peritonitis (Abcès chronique de la paroi supérieure de la région prostatique de l'urèthre donnant lieu aux symptômes cliniques et aux résultats pathologiques d'un rétrécissement organique de l'urèthre; péritonite). -- *University College Hospital*, par Heath. (*Med. Times and Gaz.*, 25 oct., t. II, p. 463.)

Des causes de la mort après l'opération de la pierre, par le Dr Hervez, de Chégoin. (*Un. méd.*, nº 106, p. 381.)

Stone in the bladder, lithotrity, cure (Pierre dans la vessie, lithotritie; guérison).— *St.-Peter's Hospital.* — M. Teevan. (*Med. Times and Gaz.*, 8 nov., t. II, p. 521.)

Stone in the bladder, retention of urine from vesical atony, lithotomy, recovery (Pierre dans la vessie, rétention d'urine par atonie de la vessie, taille; guérison). — *Royal Portsmouth Hospital.* — Dr J. Ward Cousins. (*Med. Times and Gaz.*, 8 nov., t. II, p. 521.)

Urethro-vesical calculus (Calcul uréthro-vésical), par A. R. Waghorn. (*The Lancet*, 15 nov., t. II, p. 699.)

Amygdalite unilatérale inflammatoire, gangrène, paralysie unilatérale puis bilatérale du voile du palais, du pharynx et du larynx, mort, par Perkowski, (*Gaz. des hôp.*, p. 747.)

Case of acute idiopathic glossitis, Dr R. Mac Donnell. (*Irish hospital Gazette*, nov., p. 321.)

Acute glossitis, leeching, recovery (Glossite aiguë, application de sangsues; guérison). —*Middlesex Hospital*, par Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., t. II, p. 354.)

Cases of laryngeal abscess simulating croup (Cas d'abcès du larynx simu-

lant le croup), par STEPHENSON, medico-chirurgical society of Edinburgh. (*Brit. med. Journ.*, 2 août.)

Cas d'abcès profond du cou, par J. H. BRINTON. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juin.)

Tiefe Abscesse am Kieferwinkel (Abcès profonds de l'angle de la mâchoire), par A. von THADEN. (*Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer, aertze*, Kiel, 1872.)

On suppuration and sphacelus of the tooth-pulp (De la suppuration et du sphacèle de la pulpe dentaire), par S. J. A. SALTER. (*Guy's Hospital Reports*, vol. XVIII.)

Cas d'œsophagite phlegmoneuse, par F. A. O. BELPAGE et P. HEDENIUS. (*Upsala lakareforen*, 3, S. 245.)

A clinical lecture upon sore nipples and mammary abscess (Leçon clinique sur les ulcérations du mamelon et les abcès mammaires), par Fordyce BARKER. (*The medical Record.*, *New-York*, 15 sept. p. 441.)

Abscess connected with intestine, pyemia, operation, death (Abcès communiquant avec l'intestin, infection purulente, opération, mort) — *St.-Thomas's Hospital.* — Dr MURCHISON. (*The Lancet*, 18 oct., t. II, p. 555.)

Sur l'inflammation du tissu cellulaire du bassin, par BARTHOLOW. (*The Clinic*, mai.)

Inflammation de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, par J. A. WALDANSTROM. (*Upsala lakarefor. forhandl.* VIII, 370.)

Erysipèle gangréneux des parties génitales, par Isaac OTT. (*Philad. med. Times*, mai.)

Affection maligne du pénis avec abcès phagédénique, amputation ; guérison, par H. C. WYMAN. (*Philad. med. and surg. Reporter*, t. XXVIII, juin.)

Zur Casuistik der Fremdkörper-Verletzungen (Sur les corps étrangers dans les blessures), par le Dr M. LANGENBECK. (*Memorabilien*, 9e fasc., Heilbronn.)

Fremder Körper der Harblase, Lithotomie, Fall. (Corp étranger de la vessie (remarquable par sa grosseur), taille, mort), par le Dr Wilhelm WEISS, de Prague (*Wiener medizinische Wochenschrift*, no 28.)

Observations de corps étrangers venant du dehors, introduits et arrêtés dans l'urèthre, dans sa portion voisine du périnée; extraction de ces corps étrangers sans opération chirurgicale et sans fièvre uréthrale consécutive, par les Drs LOUSTALOT et ANDANT. (*Bull. gén. de thérap.* 1873, t. LXXXV, p. 458.)

An outbreak of septicemia (Une épidémie de septicémie). — *Leeds general Infirmary*, par JESSOP. (*Med. Times and Gaz.*, 6 sept., t. II, p. 254.)

Accidents d'infection purulente récidivés, par M. REMY. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris.*, 5e série, t. VIII, 48e année, p. 259.)

Untersuchungen über die putride Infection, par G. Clementi et G. Thin. (*Stricker's Jahrb*, Heft III, p. 292-303.)

Observations de charbon malin, suivies de réflexions sur les maladies charbonneuses, par le Dr C. Mauvezin. (*Arch. génér. de médecine*, août, t. II p. 182.)

Zur Therapie der contagiösen Carbunkels (Traitement du charbon contagieux), par C. Warservogel, magister de chirurgie à Sassin. (*Allgemein. Wiener medizinische Zeitung*, nos 9 et 10.)

Intorno all' ematocele della tunica vaginale del testicolo (De l'hématocèle de la tunique vaginale du testicule). Remarques cliniques, par le Dr Loreta. (*Bullettino delle sc. med. de Bologne*, nov. 1872, p. 357.)

Des maladies chirurgicales de la langue, par le Dr Paul Hybord. (*Arch. génér. de médecine*, sept., t. II, p. 346.)

Évolution vicieuse de deux dents de sagesse, resserrement des mâchoires, phénomènes réflexes; guérison. — Hôpital Saint-Antoine. — Dr Duplay. (*Arch. génér. de médecine*, août, t. II, p. 217.)

De l'onyxis ulcéreuse latérale, par E. Sacreste. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

ANALYSES.

Ueber die Accomodations bewegung der Chorioidea im Auge des Menschen, des Affen und der Katze (Sur les mouvements d'accommodation de la choroïde dans l'œil de l'homme, du singe et du chat), par les Drs HENSEN et VOLCKERS. (*Archiv für Ophthalmologie, tome* 19, 1re *partie, p.* 156.)

Après avoir curarisé un singe (cebus capucinus) et mis à découvert le ganglion ciliaire et les nerfs ciliaires, les auteurs dont nous parlons enfoncèrent plusieurs aiguilles dans le globe oculaire ; trois dans la région équatoriale, une dans le muscle ciliaire, une autre aussi près que possible de la macula lutea. Faisant passer alors des courants d'induction dans les filets nerveux, ils purent constater, grâce aux mouvements des aiguilles, que la choroïde se déplaçait en avant. Les aiguilles fixées dans le muscle ciliaire, et dans la macula restèrent immobiles. Les mouvements de la choroïde pendant l'accommodation chez le singe sont pour le moins aussi prononcés que chez le chien.

Adamück ayant avancé que chez le chat les mouvements de la choroïde étaient très-limités, les mêmes auteurs ont répété ces expériences et ils ont obtenu des résultats qui infirment ceux d'Adamück.

Il est vrai de dire qu'au début de leurs recherches, les courants d'induction ne produisaient ni déplacement des aiguilles, ni rétrécissement de la pupille, mais cela tenait à ce que les interruptions successives des courants étaient trop rapides; quand elles sont plus lentes l'expérience réussit complétement.

Les Drs Hensen et Volckers se sont proposé aussi de rechercher si le même fait existe chez l'homme ; il est évident que ces expériences ne peuvent être entreprises que sur des yeux énucléés, et le plus souvent altérés. Ils essayèrent au préalable l'expérience sur l'œil énucléé d'un chien. En irritant les nerfs ciliaires, 15 minutes après l'énucléation ils purent constater des mouvements dans l'iris et la choroïde. Il est nécessaire pour réussir de maintenir le globe oculaire dans de l'eau à la température du corps; c'est probablement parce que Cramer avait négligé cette précaution qu'il échoua dans les mêmes tentatives.

Les premières recherches faites sur trois yeux humains échouèrent, mais il faut ajouter qu'elles ne furent pas décisives. Ces yeux en effet avaient été soumis à l'action de l'atropine, et chez les trois il y avait une occlusion complète de la pupille. Dans deux cas on ne put constater aucun mouvement, l'autopsie démontra que la région ciliaire était presque détruite.

Dans le troisième cas une portion de l'iris qui n'était pas soudée au cristallin, ainsi que l'aiguille implantée dans la région ciliaire correspondante, semblèrent se mouvoir sous l'influence du courant, les autres restèrent immobiles. L'autopsie démontra que le muscle ciliaire était englobé dans une masse exsudative, qui était moins épaisse au niveau du point où l'aiguille s'était déplacée. Il est probable toutefois que l'insuccès de ces expériences tenait surtout à ce que les yeux examinés avaient été soumis auparavant à l'action de l'atropine, aussi tout l'intérêt de ce travail se résume-t-il dans le fait suivant :

Chez un enfant de 12 ans, l'œil gauche s'étant perdu à la suite d'inflammations répétées, était devenu staphylomateux, la moitié inférieure de la cornée était restée transparente, et dans toute cette partie l'ouverture pupillaire était libre. Le globe devenant volumineux au point de gêner l'occlusion des paupières et occasionnant des phénomènes sympathiques fut énucléé. Il fut aussitôt placé dans de l'eau à 40° et l'on fixa trois aiguilles dans la région équatoriale inférieure, là où la choroïde était supposée saine.

Sous l'influence des courants l'iris réagit aussitôt énergiquement et les aiguilles entrèrent en mouvement de la même manière que chez les animaux. Ces déplacements purent encore être constatés 18 minutes après l'énucléation.

En faisant l'autopsie de cet œil on trouva la choroïde distendue mais normale, l'abolition de la vision était due à une excavation du nerf optique. Le résultat obtenu dans ce cas a paru tellement précis

qu'on peut affirmer qu'il se produit dans l'œil humain des mouvements de la choroïde pendant l'accommodation. Le même mode d'expérimentation peut être employé pour résoudre d'autres problèmes importants concernant les phénomènes de l'accommodation.

Les conclusions de ce travail nous paraissent un peu forcées, ces expériences démontrent simplement à notre avis que sous l'influence de l'irritation des nerfs ciliaires produite par les courants, la choroïde se déplace, mais il n'est nullement prouvé que le même phénomène ait lieu *pendant l'accommodation*.

CH. ABADIE.

Ueber scheinbare Accommodation bei Aphakie (Sur l'accommodation apparente dans l'aphakie, par DONDERS. (*Archiv für Ophthalmologie, XIXe volume, 1re partie*, 1873.)

Le 27 novembre 1800, Thomas Young parla à la Société Royale du mécanisme de l'œil ; il affirma que, dans la vision de près, la cornée ne change pas de courbure, et que l'axe de l'œil ne devient pas plus long. Il démontra de plus, non par exclusion, mais par des preuves positives, que le siége de l'accommodation réside dans le cristallin.

Pourtant Ramsden et Home prétendirent qu'après la perte du cristallin l'œil pouvait encore accommoder. Mais Young fit observer que leurs expériences faites sur le nommé Benjamin Clark, opéré de cataracte, ne prouvaient qu'une chose, c'est qu'avec le même verre ce malade pouvait lire à des distances différentes. Grâce à un optomètre fondé sur l'épreuve de Scheiner, il prouva que chez les opérés de cataracte, *la vision distincte* n'a lieu que pour une certaine distance parfaitement déterminée. S'ils peuvent encore voir en deçà ou au delà, cela tient à des conditions accessoires, telles que les changements de diamètre de la pupille, le clignement des paupières, la distance du verre correcteur au devant de l'œil, la direction de la ligne visuelle à travers l'axe du verre.

La question fut de nouveau reprise en 1852, quand il fut parfaitement démontré que le cristallin changeait de courbure pendant l'accommodation. On se demanda alors si toute *l'amplitude d'accommodation* dépendait de ce phénomène, ou si d'autres facteurs concouraient aussi à sa production. Pour résoudre cette question il était important de démontrer que l'œil privé de cristallin ne possède plus de pouvoir accommodateur. C'est ce que Donders fit d'une façon fort ingénieuse. Après l'extraction du cristallin, la cornée est la seule surface réfringente de l'œil; or, l'on sait que cette membrane possède normalement un certain degré d'astigmatisme régulier. Dans ces conditions l'image d'un point lumineux au milieu de l'es-

pace focal compris entre les foyers des méridiens principaux (espace focal de Sturm) est un cercle, mais au delà ou en deçà ce cercle se transforme aussitôt en ellipse.

Si l'œil armé d'un verre correcteur fixe un point lumineux éloigné, de telle sorte qu'il soit vu suivant un cercle, un verre extrêmement faible de 200 pouces de foyer surajouté est plus que suffisant pour produire le changement et le transformer en ellipse. De plus, si le malade fait un effort pour fixer un index situé près de l'œil et placé dans la direction du point lumineux, conditions dans lesquelles il se produit de la convergence de l'œil caché et un rétrécissement de la pupille, indices certains *d'efforts* d'accommodation, la forme du point lumineux éloigné ne change pas. Il suffit pourtant dans ces conditions d'interposer le plus faible verre concave ou convexe 1/200 au devant de l'œil, pour que le point lumineux apparaisse de nouveau sous forme d'une ellipse.

Après ces expériences le débat semblait définitivement clos; il n'en fut rien. En avril 1872 parut dans les *Klinische Monatsblatter* un article du professeur Forster, qui cherchait à établir de nouveau que l'absence du cristallin n'exclut pas complétement le pouvoir d'accommodation.

Forster place au devant d'un œil privé de cristallin un verre correcteur et constate que la lecture est possible dans une certaine étendue, mais il n'en indique pas les limites; il ne signale pas non plus la grandeur des caractères employés et l'acuité visuelle; il ne parle pas de la réfraction , des dimensions, de la netteté de la mobilité de la pupille ; il n'attache aucune importance à la diminution de l'ouverture pupillaire par l'occlusion des paupières, à la direction du regard; il ne s'assure pas que la ligne visuelle passe constamment dans le prolongement de l'axe du verre, et après avoir négligé toutes ces précautions indispensables il conclut en disant qu'il est impossible d'expliquer l'étendue de la vision observée dans ces cas par la vision avec les cercles de diffusion et qu'on doit forcément admettre l'intervention de l'accommodation.

Pour réfuter cette opinion, Donders s'est efforcé de déterminer : 1° l'acuité visuelle en deçà et au delà du point précis pour lequel l'œil atteint d'aphakie a un verre correcteur déterminé ; 2° la grandeur des cercles de diffusion avec lesquels la lecture est encore possible, ou la vision avec les cercles de diffusion en général. Le Dr Coert, sous sa direction, a entrepris des recherches sur ces deux points, elles sont consignées dans sa thèse inaugurale soutenue à Utrecht, le 22 janvier 1873. (*Over de schijnbare accomodatie bij aphakie.*)

Le Dr Coert a expérimenté sur des opérés de cataracte, il a pu établir que l'acuité visuelle diminue à mesure qu'on rapproche les caractères fixés, bien que le rétrécissement de la pupille et la con-

vergence de l'œil du côté opposé caché sous un verre dépoli, ne laissent aucun doute sur les efforts d'accommodation du sujet.

La diminution de l'acuité, marchant de pair avec le rapprochement de l'objet fixé, exclut déjà l'accommodation, mais on fit en outre, dans presque toutes les expériences, une épreuve non moins décisive. Quand les caractères fixés étaient rapprochés à une distance telle que leur lecture devenait impossible, malgré les efforts d'accommodation du malade, il suffisait d'avancer légèrement le verre correcteur, ce qui compensait le rapprochement de l'objet, pour qu'à l'instant même les lettres fussent reconnues.

On pourrait supposer qu'avec le système dioptrique formé par l'œil et le verre correcteur placé au devant, les cercles de diffusion soient plus petits que dans l'œil muni de son cristallin, mais c'est le contraire qui a lieu. En réalité la grandeur des cercles de diffusion est donnée en effet par la formule $\zeta = \frac{F'F''}{\eta}$, η désignant la distance de l'objet au foyer principal antérieur. Dans l'œil normal $F'F'' = 15 \times 20 = 300$ millimètres. Dans l'aphakie $F' = 18$ millimètres, la grandeur de l'image β est alors dans le rapport de $\frac{18}{15} = \frac{6}{5}$, tandis que la grandeur du cercle de diffusion ζ est dans le rapport de $\frac{18 \times 24}{300} = \frac{432}{300} = \frac{36}{25}$ fraction qui est plus grande que $\frac{6}{5}$. L'augmentation de grandeur des cercles de diffusion est donc $>$ que l'augmentation de la grandeur de l'image. La pupille dans l'œil privé du cristallin est aussi plus en arrière, ce qui tend à augmenter la grandeur des cercles de diffusion. Ce n'est donc pas là ce qui rend possible la lecture à diverses distances, il faut en chercher plutôt l'explication dans les changements de dimensions de l'ouverture pupillaire.

Lorsqu'on paralyse complétement l'accommodation par l'atropine, la lecture est encore possible dans certaines limites ; ces limites deviennent plus étendues quand on place au devant de l'œil un disque percé d'ouvertures moindres que la pupille ; le Dr Baumeister, après installation d'une forte solution d'atropine, pouvait lire sans diaphragme, le n° 1 1/2 de 12 pouces à 8 pouces, en regardant à travers une ouverture de 4 millimètres, il lisait le n° 1 de 24 pouces à 7,5, il avait donc une accommodation apparente de $\frac{1}{11}$. On n'est donc pas forcé d'accepter l'hypothèse d'un pouvoir accommodateur pour expliquer la lecture à diverses distances dans l'aphakie.

Donders termine ce travail en critiquant les affirmations de Reuss et Woinow, relatives à l'astigmatisme et à ses transformations dans l'aphakie.

Woinow s'étant assuré par des mensurations ophthalmométriques que dans certains cas il est impossible d'expliquer l'astigmatisme

et ses transformations par l'état de la cornée invoquait un changement de forme survenu dans la sclérotique. Cela est inadmissible, la déformation de la sclérotique ne pourrait entraîner qu'une différence entre la vision directe et la vision indirecte, et dans ce cas les verres cylindriques ne feraient qu'augmenter le trouble de la vue. Il est probable que, dans leurs recherches, Reuss et Woinow ne se sont pas assez préoccupés de la direction de la ligne visuelle qui doit passer par l'axe du verre. Avec les verres forts nécessaires dans l'aphakie, il suffit que la vision s'effectue dans une direction angulaire avec l'axe du verre pour qu'il se produise de l'astigmatisme, astigmatisme qui, d'après la position de l'angle, peut modifier à son tour celui de l'œil. CH. ABADIE.

Ueber den Einfluss der Binnemuskeln der Paukenhöhle auf die Bewegungen und Schwingungen des Trommelfells am todten Ohre (Sur l'influence des muscles intrinsèques de la caisse sur les mouvements et les oscillations de la membrane du tympan sur le cadavre), par J. KESSEL. (*Archiv für Ohrenheilkunde, t. II, p.* 80.)

L'auteur a fait des expériences démontrant que la membrane du tympan et les muscles intérieurs de l'oreille ne sont pas seulement agités d'une manière passive par les courants d'air qui pénètrent dans l'organe. Certains mouvements de la membrane tympanique sont dus à des contractions musculaires déterminées par une influence nerveuse.

Pour bien comprendre ces expériences, il faut d'abord se rendre un compte exact de la disposition des parties. On sait que l'insertion du manche du marteau et la proéminence de sa courte apophyse déterminent à la face interne de la membrane tympanique la formation de deux replis, *la bourse antérieure et la bourse postérieure*. Ces deux replis et les deux ligaments suspenseurs du manche du marteau divisent la partie supérieure de la membrane en trois secteurs. La partie inférieure est divisée en deux segments par le manche du marteau et le triangle lumineux.

Ces différentes portions de la membrane présentent des degrés de mobilité différents suivant la disposition des fibres et leur épaisseur, qui n'est pas uniforme. Ces différents mouvements partiels peuvent être vérifiés en tenant compte du degré de résistance que chaque portion oppose à l'insufflation de l'air.

Les expériences de Kessel ont eu pour objet : 1° l'influence de la traction des muscles : 2° les mouvements stroboscopiques de la membrane sous l'influence d'un son constant ; 3° le mouvement stroboscopique sous l'influence du ton fondamental combiné avec l'octave.

1° Les mouvements provoqués par la traction du tenseur tympanique sont faciles à constater à l'aide d'un faible grossissement. Le mode de préparation nécessaire à cet effet à été décrit précédemment. (*Sitz. d. Akad. de Wiss., Wien, oct. 1872.*)

La traction du tenseur provoque un déplacement du manche du marteau en dedans et en bas, de manière que la courte apophyse exécute un mouvement de rotation en bas et un peu en avant. Les deux replis sont tendus en sens contraire et l'espace intermédiaire aux deux ligaments suspenseurs conserve seul encore un certain degré de mobilité, quelle que soit l'intensité de la traction.

Le muscle de l'étrier est, en général, l'antagoniste du tenseur tympanique ; sa traction repousse en dehors la partie inférieure de la membrane et tire en dedans la partie supérieure dont les secteurs se relâchent à l'exception de la bourse antérieure. La courte apophyse du marteau se dirige en haut, en dehors et en arrière. On pourrait donc comparer la disposition des différentes divisions de la membrane tympanique avec celle de l'oreille interne : les deux segments inférieurs correspondraient à la membrane basilaire du limaçon et les secteurs aux divisions du vestibule.

2° Pour étudier les mouvements stroboscopiques sous l'influence d'un son de hauteur constante, l'auteur s'est servi d'un appareil décrit par lui et Mach (*Sitzber d. Akad. d. Wiss.* oct. 1872) et qui permet d'examiner les vibrations de la membrane du tympan mise en rapport avec un tuyau d'orgue.

Si une fois les mouvements produits on exerce une traction sur le tenseur, on arrête les mouvements stroboscopiques du segment antérieur et du secteur antérieur, tandis que l'on réduit d'une certaine quantité ceux des parties postérieures. Dans cet état les ligaments suspenseurs forment des lignes très-marquées entre les secteurs. Ces mouvements sont légéremeut augmentés si à la traction du tenseur on ajoute celle du muscle de l'étrier.

3° Si l'on fait agir à la fois le son fondamental et l'octave on constate nettement les deux ordres de vibrations sur le tympan. Ce mouvement dicrote est le plus prononcé au segment postérieur et au secteur moyen. La traction du tenseur arrête les doubles vibrations dans la partie antérieure (segment et secteur). A la partie postérieure, on cesse d'abord de constater les vibrations dues à l'octave et ensuite peu à peu celles du son fondamental.

Le secteur moyen n'est que faiblement influencé par cette traction, et quand celle-ci est très-intense, elle ne diminue que les vibrations du son fondamental. En tirant sur le muscle de l'étrier, on voit reparaître toutes ces vibrations qui sont cependant moins prononcées que lorsque les muscles sont tous les deux au repos. Cependant il est à remarquer que l'influence combinée de deux muscles n'a aucune action sur le secteur moyen.

KLEIN.

Diseases of the mastoïd process. their diagnosis, pathology, and treatment par Albert H. BUCK, de New-York. (*Arch. of ophth. and otology, vol. III, n° 1, pp.* 173-219, *New-York*, 1873.)

L'auteur expose en quelques mots ce qu'on doit comprendre dans l'étude des maladies de l'apophyse mastoïde, affections ordinairement consécutives aux lésions de la caisse, mais qui se manifestent par un ensemble de symptômes spéciaux et sont toujours d'un pronostic très-sérieux.

Après quelques remarques anatomiques sur la disposition des cellules mastoïdiennes aux divers âges et sur les conditions spéciales dans lesquelles elles sont placées chez l'adulte, vu le voisinage du cerveau et des sinus, A.-H. Buck aborde la partie clinique de son mémoire.

Il distingue 5 formes d'affections de l'apophyse mastoïde :

1° L'inflammation du périoste externe;

2° La congestion simple de la muqueuse;

3° La congestion et l'engorgement des cellules par une substance rougeâtre;

4° L'inflammation chronique subaiguë de la muqueuse avec sclérose ou hyperostose;

5° La carie, avec collection de pus dans l'apophyse mastoïde.

Quoique se rapportant aux divers degrés de l'inflammation aiguë, l'auteur préfère séparer l'une de l'autre la 2e, la 3e et la 5e forme. Il croit se placer ainsi à un point de vue plus pratique, ce qui nous paraît des plus contestable.

I. — L'inflammation du périoste externe, résultat fréquent d'une inflammation aiguë du conduit auditif, est assez brièvement décrite. A.-H. Buck conseille de ne pas la confondre avec l'inflammation d'un ganglion lymphatique situé au-dessus de l'apophyse mastoïde.

L'auteur rapporte 20 observations de périostite de l'apophyse mastoïde.

II. — La congestion simple, premier degré de l'inflammation de la muqueuse des cellules mastoïdiennes, succéderait à une inflammation aiguë de l'oreille moyenne, mais les symptômes de cette lésion seraient si peu accusés que les malades n'attirent guère l'attention du chirurgien du côté de l'apophyse mastoïde (il cite deux observations à l'appui). Cependant, l'auteur préconise les sangsues et l'incision de Wilde jusqu'au périoste.

IV. — L'inflammation chronique de la membrane muqueuse avec sclérose ou hyperostose de l'apophyse mastoïde est une affection toute spéciale, dont malheureusement on ne peut encore faire le diagnostic, vu le petit nombre d'observations recueillies. La membrane muqueuse, véritable périoste des cellules mastoïdiennes, étant irritée, elle s'hypertrophie, et d'autre part les cloisons inter-

cellulaires s'épaississent, d'où une véritable hyperostose mastoïdienne. Y a-t-il en même temps inflammation purulente de l'oreille moyenne; il n'est pas rare de trouver dans la portion horizontale des cellules mastoïdiennes, des masses caséeuses, résultant de la régression des éléments du pus, masses qui peuvent se rencontrer jusque dans la caisse du tympan.

L'auteur croit que ces masses caséeuses sont d'un pronostic toujours sérieux, ce qu'il explique en admettant que par leur présence elles arrêtent l'écoulement du pus dans l'oreille moyenne et facilitent son issue du côté de l'encéphale. Il faudrait donc, comme Toynbee l'a proposé et à l'exemple de H. Knapp, introduire une sonde courbe pour enlever la matière caséeuse accumulée dans les parties profondes.

A.-H. Buck cite une observation dans laquelle les phénomènes inflammatoires siégeant du côté de l'ouverture des cellules mastoïdiennes dans la caisse, lui avaient fait penser à une accumulation de matière caséeuse et à une sclérose des cellules mastoïdiennes. Ce diagnostic fut confirmé par H. Knapp.

III et V. — La congestion et l'engorgement des cellules par un exsudat rougeâtre et d'autre part la carie avec collection de pus dans l'apophyse mastoïde sont deux formes de lésions, souvent unies si intimement qu'il est excessivement difficile, sinon impossible de les séparer. On peut alors se demander pourquoi l'auteur les sépare, d'autant qu'il faut surtout se préoccuper, dit-il, si la congestion inflammatoire tend à prendre l'une ou l'autre de ces deux dernières formes.

Quoi qu'il en soit, il cite 5 observations de collections purulentes intra-mastoïdiennes et 2 autres qui, suivant lui, se rapporteraient à une nouvelle forme intermédiaire entre la 3e et la 5e, D'ailleurs l'auteur émet tout une théorie sur le mécanisme de cette transformation : Les orifices inter-cellulaires oblitérés, les cellules remplies par la muqueuse gonflée, il en résulte un arrêt circulatoire, la nutrition des os est entravée et les parties molles contenues dans les cellules se convertissent en pus; enfin les travées osseuses se dissolvent ou bien se séparent des parties encore vivantes. Deux observations sont rapportées à l'appui de cette manière de voir.

Si l'abcès des cellules mastoïdiennes n'est pas traité, il peut se terminer par la mort, après une méningite de la base (2 obs. à l'appui, n° 16 et 17), un abcès du cerveau (obs. 18), une embolie, la pyohémie (obs. 21), enfin l'épuisement (obs. 20).

D'autres fois, il y a élimination directe ou par l'oreille de la portion d'os cariée (obs. 23); cette expulsion peut se faire par le conduit auditif externe (obs. 24). Enfin, le processus de la carie peut être suivi de la production de masses polypiformes dans l'apophyse mastoïde (obs. 24).

Avant d'aborder la thérapeutique de ces diverses lésions, A.-H.

Buck donne un résumé de leurs symptômes, résumé bien imparfait et qui ne permet guère d'assurer un diagnostic. D'ailleurs l'auteur lui-même ne conseille-t-il pas l'incision des parties molles jusqu'au périoste pour distinguer la simple congestion de la muqueuse de son inflammation avec exsudation ou suppuration ! Quant à la distinction qu'il s'efforce de faire entre ces deux dernières lésions elle nous paraît des plus contestables, et du reste, sous cette dénomination d'inflammation, A.-H. Buck confond les abcès franchement aigus, la carie primitive ou consécutive, l'ostéite du rocher, peut-être les tubercules de cet os.

Le traitement peut se résumer en quelques mots, il faut successivement user des antiphlogestiques (sangsues et lotions tièdes), de l'incision jusqu'au périoste de l'apophyse, enfin de la trépanation des cellules. Quoi qu'on en ait dit, cette trépanation donne d'excellents résultats et l'auteur la préconise avec raison, s'appuyant sur des faits observés même chez des jeunes sujets.

Un exposé du procédé opératoire qu'il faut suivre pour ouvrir les cellules mastoïdiennes, et l'examen des soins consécutifs terminent ce travail.

L'auteur y a ajouté une note statistique portant sur soixante-sept cas d'affection de l'apophyse mastoïde. F. TERRIER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber conjunctival Katarrh und Blepharitis ciliaris (Sur le catarrhe conjonctival et la blépharite ciliaire), par le Dr STILLING. (*Klinische Monatsblætter für Augenheilkunde, septembre* 1873.)

Le Dr Stilling a déjà appelé l'attention des observateurs sur une forme particulière de blépharite ciliaire (*Klinische Monatsblätter*, t. VII, p. 198), souvent méconnue, souvent aussi confondue avec un simple catarrhe conjonctival. Cette blépharite, qui donne naissance à des troubles fonctionnels très-pénibles, tels que picotements, sensations de brûlures, larmoiement, photophobie, blépharospasme, offre ceci de particulier que ses caractères objectifs sont presque nuls. Si l'on cherche chez ces malades à arracher avec le pouce et l'index les cils des paupières, on constate qu'un certain nombre se laissent facilement enlever. En les examinant, on voit que leurs bulbes sont blanchâtres, dépourvus de pigment, en forme de massue, et se continuent directement avec la tige. D'autres cils plus foncés, et dont le bulbe est fortement pigmenté, ne se laissent jamais entraîner quand on les saisit avec les doigts ; on est obligé de les arracher avec des pinces. Leur bulbe est fortement pigmenté, arrondi et parfois recourbé en crochet ; leur tige est plus raide, plus dure et plus foncée que chez les premiers. Il est probable que les cils dont le bulbe

est blanchâtre, régulièrement conformé en massue, et qui se laissent entraîner par la simple pression des doigts, sont arrivés au terme de leur évolution et à un moment proche de leur chute spontanée. Mais que, par une cause quelconque, un de ces cils, au lieu de tomber, reste implanté dans la paupière et adhérant à son follicule, la production des cellules pigmentaires continue à se faire, d'où résulte le durcissement et la coloration anormale qui caractérise la deuxième variété.

Ces cils ont à peu près la même direction que les autres, mais leur coloration particulière, leur rigidité, leur bulbe fortement coloré qu'on aperçoit parfois par transparence, suffisent, avec un peu d'habitude et quand l'attention est en éveil, à les faire reconnaître.

Chez certaines personnes dont la peau est irritable, ces cils implantés dans les paupières peuvent agir comme des corps étrangers et donner naissance à ces sensations pénibles de picotements, de brûlures, de photophobie qui les tourmentent sans cesse.

Si, ayant reconnu la présence de ces cils, on vient à les arracher, tous ces phénomènes disparaissent aussitôt sans autre traitement.

L'auteur invoque en faveur de son opinion quelques observations cliniques de malades qui, présentant tous les symptômes d'un catarrhe conjonctival chronique, n'avaient guéri qu'à la suite de l'extirpation des cils offrant cette conformation vicieuse; tous les autres traitements, collyres astringents, etc., avaient été infructueux. Cette épilation, dans certains cas, doit être répétée environ toutes les huit semaines.

On voit souvent, chez les enfants atteints de prétendue ophthalmie scrofuleuse, la photophobie, le spasme de l'orbiculaire, disparaître complétement lorsqu'on enlève les cils malades. CH. ABADIE.

Ueber amyloïde Degeneration der Bindehaut des Auges (Sur la dégénérescence amyloïde de la conjonctive oculaire), par le Dr LEBER. (*Archiv f. Ophthalmologie, XIXe vol., 1re partie, Berlin*, 1873.)

On a signalé dans ces derniers temps la dégénérescence amyloïde de la conjonctive. Les premières publications sur ce sujet ont été faites par Œttingen et Kyber. (Œttingen, *Die opthalmolog. Klinik Dorpats : Dorpater med. Zeitschr.*, t. II, p. 49; — Kyber, *Studien über die amyloide Degeneration : Thèse inaugurale Dorpat*, 1871), qui considèrent cette affection comme purement locale.

Le Dr Leber en rapporte un nouveau cas, d'autant plus intéressant, que l'examen histologique a fourni quelques données nouvelles sur la question de la dégénérescence amyloïde en général.

V. B., étudiant en droit, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, n'a jamais été malade, et actuellement possède une santé parfaite. A l'âge de 12 ans il fut opéré par Mooren pour un ptosis paralytique de l'œil gauche ; à cette époque les conjonctives étaient parfaitement saines; en mars 1868, les deux paupières supérieures commencèrent à s'affaisser. En les retournant on pouvait constater une hypertrophie du cul-de-sac de la conjonctive, mais sans granulation, le pli semi-lunaire était aussi hypertrophié.

En 1869 on enleva une partie de la conjonctive hypertrophiée, ainsi que

les plis semi-lunaires ce qui produisit un relèvement momentané des paupières.

En mai 1870, la reproduction était déjà telle que la conjonctive faisait saillie sous le bord de la paupière supérieure et descendait jusqu'au milieu de la cornée. Le Dr Heyers enleva ce pli dans toute l'étendue de la fente palpébrale. Tels furent les renseignements fournis par le malade quand il se présenta, en décembre 1871, devant le Dr Leber. Jamais ses yeux n'avaient été enflammés, jamais il n'avait éprouvé de douleurs. On pouvait constater à ce moment une hypertrophie particulière de la conjonctive, surtout à la surface du globe et au niveau du cul-de-sac supérieur. Cette membrane était épaissie et envahie en partie par de gros corpuscules gélatiniformes, en partie par l'infiltration diffuse d'une substance jaunâtre et semi-transparente.

La cornée n'était pas affectée de pannus. Le malade ne voulut se soumettre à cette époque à aucun traitement. Il revint un an plus tard, au commencement de décembre; son état s'était aggravé. Sur un œil, une hémorrhagie spontanée venait de se produire dans l'épaisseur et au-dessous de la conjonctive.

Etat actuel :

La dégénérescence s'observe sur les deux yeux, et atteint la plus grande partie des conjonctives, particulièrement la portion bulbaire et celle du cul-de-sac. Cette membrane présente le même aspect qu'au premier examen; par suite de son hypertrophie la surface a gagné en étendue, et il s'est formé plusieurs plis. L'œil gauche est moins affecté que l'œil droit. Au niveau du tarse la dégénérescence est moins accusée, probablement par suite de l'adhérence plus intime de la conjonctive avec les tissus sous-jacents.

L'affection fut prise tout d'abord pour une dégénérescence hypertrophique analogue à celle qu'on observe dans le trachome, plus tard seulement le microscope révéla la véritable nature de la maladie. On fit l'excision de tous les plis exubérants, on chercha à évacuer au moyen de la curette de David les masses gélatiniformes infiltrées, et le malade put retourner dans son pays en mars 1873 dans un état satisfaisant.

Examen microscopique :

La consistance des parties envahies par la dégénérescence est très-molle, en les piquant à la surface on fait sourdre une masse gélatiniforme. Ces masses sont exclusivement formées par un nombre infini de corpuscules brillants de différentes grandeurs, dispersés dans une substance fondamentale fluide et transparente. Leur réaction avec l'iode et l'acide sulfurique prouve que ce sont des corpuscules amyloïdes.

Une particularité remarquable, qui d'après Leber n'a pas encore été signalée, c'est que tous ces corpuscules sont contenus dans une membrane enveloppante renfermant des noyaux, tout à fait analogue à la gaîne endothéliale qui enveloppe les trabécules du tissu conjonctif lâche. L'existence de cette membrane enveloppante est aussi évidente sur les préparations fraîches, traitées par la glycérine et le carmin, que sur celles traitées par le bichromate de potassium; on ne peut donc pas la considérer comme une altération de la surface des corpuscules produite par l'action de cette dernière substance. Cette membrane est à peine colorée par le carmin, en présence de l'iode elle prend une coloration jaunâtre, tandis que son contenu est fortement coloré en rouge par le carmin et en violet par l'iode.

Dans les endroits où le tissu offre une consistance plus grande, il est composé de faisceaux présentant un aspect fibrillaire, réfléchissant fortement la lumière, anastomosés entre eux d'une façon irrégulière et offrant une certaine analogie avec les gros faisceaux de tissu conjonctif; ces faisceaux présentent, dans toute leur étendue, la réaction amyloïde, leur surface est recouverte aussi d'une membrane d'enveloppe renfermant des noyaux. Les parois des vaisseaux épaissies ont subi la dégénérescence amyloïde.

Leber attache une grande importance à la membrane enveloppante pourvue de noyaux, qui entoure soit les corpuscules amyloïdes, soit les faisceaux fibrillaires atteints de la même dégénérescence. D'après lui cela prouve que cette dégénérescence survient dans un tissu préexistant et non de nouvelle formation. La comparaison des divers corpuscules à différents degrés de grandeur et d'accroissement montre que leur développement marche de pair avec l'augmentation du nombre des noyaux de la membrane d'enveloppe. Celle-ci se retrouve même dans les plus petits corpuscules. Le mode d'apparition de ces corpuscules est fort obscur; les plus petits présentent assez d'analogie avec des cellules dont le contenu aurait subi la dégénérescence, mais il n'en est plus de même des plus gros dans lesquels la substance amyloïde paraît être extra-cellulaire.

On pourrait admettre pour ces derniers, que les cellules, tout en produisant sur un point de leur surface la matière amyloïde, se sont transformés du côté opposé en lamelles entourant le produit de leur sécrétion. Il est néanmoins remarquable qu'on ne trouve aucun élément intermédiaire entre les cellules non envahies par la dégénérescence et les plus petits corpuscules amyloïdes.

Conclusions :

1° La dégénérescence amyloïde de la conjonctive du bulbe et des paupières paraît être une maladie purement locale ;

2° Elle constitue une forme clinique spéciale, différente du trachome, car bien qu'elle puisse être consécutive à cette maladie, elle est parfois primitive et survient d'emblée ;

3° Le processus consiste dans le développement de corpuscules ou de trabécules amyloïdes; ces deux éléments sont entourés d'une membrane composée de protoplasma renfermant des noyaux ;

4° Le tissu de prolifiération amyloïde de la conjonctive offre donc dans sa structure, peut-être aussi dans son développement, plusieurs analogies avec le tissu conjonctif normal. CH. ABADIE.

Sur le traitement du symblépharon par transplantation de la conjonctive, par Pridgin TEALE, de Leeds. (*C. rend. du Congrès périod. intern. d'ophthalmol. tenu à Londres en* 1872, *trad. franç., pp.* 159-163, *Paris,* 1873.)

L'auteur a modifié sa manière de faire primitive et surtout l'a beaucoup perfectionnée. Voici en quelques mots les divers temps de l'opération qu'il propose aujourd'hui :

1° Le patient anesthésié, on sépare la paupière du globe ;

2° On circonscrit, entre deux incisions concentriques, une bande presque circulaire de conjonctive saine , bande qui commence et se termine presque aux deux côtés interne et externe de la plaie faite au premier temps (séparation de la paupière) ;

3° Quatre fils sont passés à travers les bords du lambeau conjonctival, pour prévenir son enroulement et pour faciliter sa manipulation ;

4° Le lambeau est disséqué avec des ciseaux courbes ;

5° Cette dissection faite, et les deux extrémités du pont conjonctival

restant adhérentes au reste de la conjonctive, on fait passer le lambeau au devant de la cornée, jusqu'à ce qu'il arrive à recouvrir les parties dénudées par la séparation de la paupière ;

6° Enfin, on fixe le lambeau conjonctival dans le cul-de-sac oculo-palpébral, à l'aide de sutures multiples.

C'est, on le voit, une opération longue. difficile à exécuter et réclamant une grande patience et une certaine habileté. F. TERRIER.

Kératoscopie, par CUIGNET, de Lille. (*Recueil d'ophthalmologie, pp.* 14-23, *n° d'octobre*, 1873, *Paris.*)

« Par ce mot, dit l'auteur, nous entendons la manière d'examiner la « cornée, ainsi que les signes matériels et fonctionnels que fournit cet « examen. »

Après avoir exposé les résultats fournis par l'examen à la lumière directe, par l'examen à la lumière réfléchie, Cuignet insiste un peu sur la manière de pratiquer l'éclairage latéral et très-longuement sur l'éclairage direct au moyen du miroir ophthalmoscopique seul.

Dans l'œil normal, le disque pupillaire ainsi éclairé directement, offre deux teintes : « à son centre il est nuancé en sombre, et à son pourtour « il a un reflet annulaire d'une coloration rose vive. Cette ombre cen- « trale a son maximum au pôle de la cornée ; de là, elle se dégrade « peu à peu jusqu'à l'anneau plus clair qui la limite circulairement. »

La disposition de l'ombre et de l'anneau serait absolument inverse, lors de staphylome pellucide central, ou de myopie avec conicité de la cornée ; enfin dans l'œil hypermétrope l'ombre centrale serait moindre qu'à l'état normal.

Vient-on à imprimer au miroir réflecteur un mouvement de circumduction, les phénomènes changent selon l'état de la cornée.

Si la cornée est normale, l'ombre forme un cône tronqué dont la base répond au pourtour pupillaire, et tourne dans le même sens que le miroir qui projette la lumière. Si la cornée est conique, l'ombre forme un croissant périphérique, tournant toujours de la même façon; enfin, dans le cas d'hypermétropie avec aplatissement cornéen les caractères sont les mêmes que dans l'œil normal, sauf que la teinte et les dimensions de l'ombre sont moindres. Une irrégularité de l'ombre, des modifications dans sa forme, indiquent des différences de courbure dans les divers méridiens de la cornée.

Grâce à ce mode d'examen, l'auteur croit pouvoir nettement diagnostiquer les irrégularités, les facettes, les saillies de la cornée, voire même celles qui siégent vers la face postérieure de cette membrane. A cet égard d'ailleurs, Cuignet s'aide de l'examen ophthalmoscopique et des déformations, des déplacements, des dédoublements même que peuvent offrir les vaisseaux rétiniens. Dans tous les cas il y a là un procédé nouveau de diagnostic qui mérite d'attirer l'attention.

L'auteur termine cette sorte de chapitre de seméiologie par le mode d'examen de la cornée à l'aide d'un instrument mousse, et les résultats

qu'il fournit sur le diagnostic de l'amincissement plus ou moins grand de cette membrane. F. TERRIER.

On the treatment of ulcus corneæ serpens, par NIEDEN, de Bonn. (*Arch. of ophthalm. and otology, vol. III, n° 1, pp.* 238-250, *New-York,* 1873.)

Nieden prévient qu'il n'ajoute rien aux préceptes formulés par le professeur Sœmisch, à propos de cette forme maligne d'ulcération de la cornée. Il commence par donner un tableau de 50 observations, toutes recueillies à la clinique du professeur Sœmisch; trente autres cas trop incomplétement recueillis n'ont pu servir à ce travail. Puis, discutant avec soin les causes, le siége, les complications de cette affection, l'auteur arrive au traitement, en indique les règles déjà connues, et compare entre eux les résultats obtenus dans les divers cas qu'il a réunis dans son tableau.

Il conclut en préconisant la section de l'ulcère et en rejetant l'iridectomie conseillée par quelques ophthalmologistes. F. TERRIER.

Sur la transplantation de la cornée, par H. POWER, de Londres. (*C. rend. du Congrès périod. intern. d'ophthalmol. tenu à Londres en* 1872, *trad. franç., pp.* 189-194, *Paris,* 1873.)

Après un rapide coup d'œil sur les expériences déjà faites à propos de la transplantation de la cornée, l'auteur indique dans quelle circonstance il a été conduit à faire de nouvelles tentatives.

Chez un malade atteint de glaucome, et dans le but de faire cesser de vives douleurs, Power enleva un vaste lambeau cornéen et eut l'idée de le réappliquer de suite. Trois ou quatre jours après la cicatrisation était faite ; toutefois, lors de l'ablation du globe oculaire, pratiquée au bout d'une semaine, le lambeau cornéen se détacha en partie.

Malgré le résultat contestable de cette véritable expérience, l'auteur se proposa de continuer ses essais et eut recours aux animaux (chiens, lapins, chats). A l'aide d'emporte-pièces fabriqués par Weiss, il enlevait un segment de la cornée, puis faisait l'extraction du cristallin et enfin remettait la rondelle cornéenne en place, soit sur le même animal, soit sur un autre soumis à la même expérience.

Les résultats obtenus chez les lapins paraissent seuls avoir été assez encourageants; toutefois le lambeau greffé en quelque sorte, prenait une « *teinte perlée* » qui n'avait pas de tendance à disparaître. Il est vrai que H. Power n'a pu conserver assez longtemps ses animaux, « ils succombaient, dit-il, aux accidents d'infection purulente . »

L'examen microscopique des cornées ainsi transplantées a été fait avec soin par le Dr Klein, et ce dernier a constaté :

1° Une continuité complète dans l'épithélium qui les recouvrait ;

2° Des anses vasculaires au niveau de la ligne de jonction de l'épithé-

lium et de la cornée, anses développées au pourtour du segment excisé et dans le cercle interne de cornée qui l'enchâsse ;

3° Une continuité parfaite d'une portion à l'autre entre les couches superficielles des deux cornées ;

4° Une même disposition pour les parties profondes ;

5° Enfin un tissu riche en jeunes cellules, en leucocytes et en vaisseaux au voisinage des points d'union des deux portions de cornée.

Ces expériences faites, H. Power essaya de nouveau la transplantation sur l'homme. Il s'agissait de deux enfants atteints de leucomes staphylomateux ; un segment circulaire de cornée fut enlevé et remplacé par un segment de cornée de lapin. La réunion se fit sans la moindre inflammation, et si dans un cas la greffe est devenue opaque, dans l'autre cas elle a gardé une certaine transparence.

En résumé, les greffes pratiquées chez les lapins et celles faites chez l'homme ont réussi, en ce sens qu'elles se sont fixées par première intention. Reste la question capitale de la transparence qui jusqu'ici n'a pas été résolue. F. TERRIER.

De la section de la cornée comme opération préliminaire, par STREATFEILD, de Londres. (*C. rend. du Congrès périod. intern. d'ophthalmologie tenu à Londres en* 1872, *trad. franç., pp.* 154-159, *Paris*, 1873.)

Abandonnant le couteau lancéolaire et le couteau dit linéaire, l'auteur conseille l'emploi du couteau de Sichel. Pour l'opération de la cataracte, Streatfeild ne fait pas de contre-ponction, le patient anesthésié, l'œil fixé par la pince, il « introduit la pointe du couteau à l'une des extrémités de la section qu'il se propose de faire, en lui donnant l'inclinaison jugée convenable par rapport à la surface attaquée. »

« Le couteau pénètre dans la chambre antérieure jusqu'à ce qu'il touche presque l'iris, puis est dirigé en s'éloignant vers la partie de la cornée à inciser. Tenant alors le couteau d'une main ferme, en maintenant la même inclinaison, il le pousse en avant dans la direction voulue » (en lui imprimant un léger mouvement de scie lorsqu'il est nécessaire de le faire). Le couteau avance de plus en plus et très-régulièrement jusqu'à la limite assignée à l'incision. La pointe du couteau ne doit jamais dépasser la pupille, dans aucun moment de la section, et elle doit être maintenue dans la circonférence de la chambre antérieure, entre la cornée et l'iris. Grâce à cette section, faite à main *non posée*, « l'extrémité terminale de l'incision se trouve avoir le même niveau quant à la surface, et « la même direction rayonnante vers le centre que le point d'entrée. »

Comparant son *modus faciendi*, avec l'emploi des couteaux lancéolaire et linéaire, l'auteur finit par conclure en faveur de sa méthode, qui offrirait nombre d'avantages :

1° L'incision pratiquée est la même à chacune de ses extrémités, et aussi large au dedans qu'au dehors ;

2° Elle n'exige pas d'être tout à fait accomplie dans un même plan horizontal, mais elle peut être faite plus perpendiculairement ou plus obliquement si on le désire ;

3° Enfin, elle ne peut s'étendre au delà de la cornée, ce qui permet d'é-

viter les vaisseaux et les nerfs situés à l'union de la cornée et de la sclérotique.

Quoi qu'il en soit, la difficulté de faire cette incision à main levée nous paraît devoir empêcher la généralisation des préceptes formulés par Streatfeild. F. TERRIER.

Note sur un nouveau traitement chirurgical du keratocône, par ABADIE. (*Soc. de chir., Gaz. des hôp.*, 1012.)

Abadie rappelle que Donders a amélioré la vision des malades atteints de keratocône à l'aide de lunettes sténopéiques percées d'un petit trou ou d'une fente étroite; que Bowman a cherché à produire cette fente étroite sur le diaphragme oculaire lui-même, en enclavant l'iris en haut et en bas dans une petite plaie cornéenne; que d'autre part, de Græfe a obtenu l'aplatissement du cône en ulcérant son sommet et Bowmann en le trépanant.

Sur son malade, Abadie fait par la trépanation une perte de substance de 16 décimillimètres de diamètre. Par l'ouverture ainsi obtenue il introduit les ciseaux de Wecker, une branche devant l'iris, l'autre derrière, et coupe cette membrane en bas et verticalement; il obtient ainsi une fente étroite qui du grand cercle de l'iris remonte se confondre avec la pupille.

Deux jours après l'opération, le trou de la cornée est comblé et l'humeur aqueuse reproduite; la cornée est légèrement trouble. Le 3e jour, la molle cicatrice cornéenne est détruite sans douleur avec un stylet dans le but d'obtenir plus tard une rétraction plus intense et partant un plus grand applatissement de la cornée. Le 4e jour la cornée est de nouveau cicatrisée et l'humeur aqueuse reproduite.

Ultérieurement, la cornée perdit beaucoup de sa conicité; la vision fut considérablement améliorée.

Le malade n'a plus qu'une tache centrale qu'Abadie se propose de tatouer.

Le procédé suivi dans ce cas réunit donc les avantages des deux procédés de Bowmann. L. H. F.

Der Hohlschnitt. Eine neue Staar-Extractions Methode (La section courbe. Nouvelle méthode pour l'extraction de la cataracte), par le Dr Eduard v. JÆGER, de Vienne. (*All. Wien. med. Zeitg.*, nos 27 *et seq.*)

Après un court aperçu historique sur les procédés d'extraction de la cataracte, l'auteur établit la définition suivante :

La section est dite *linéaire* lorsqu'elle n'intéresse que des grands cercles ayant le même axe de rotation; dans le cas contraire elle est à *lambeaux*. L'extraction dont il est question dans ce travail est *linéaire* et est nommé *section courbe*, eu égard à la forme du couteau employé. Jæger a fait fabriquer à cet effet un couteau pointu et à courbure cylindrique. La lame de ce couteau est triangulaire; elle a une longueur de

33 à 35 millimètres ; sa plus grande largeur est de 5 1/2 à 6 1/2 millimètres ; le dos est mousse, mais assez étroit pour s'engager facilement dans l'angle de la plaie. Les faces du couteau présentent une courbure cylindrique perpendiculaire à la direction du dos ; la concavité a de 6 à 7 millimètres de rayon et la convexité 5 millimètres.

Après avoir écarté les paupières et fait fixer par un aide un pli conjonctival maintenu par une pince à 5 millimètres au-dessous du bord inférieur de la cornée, l'opérateur fait la section en tenant le couteau de la manière suivante : la concavité dirigée en avant, le bord tranchant tourné en haut, la direction longitudinale parallèle à la surface de l'iris, les faces formant un angle de 35° à 40° avec cette surface.

La section porte sur la partie supérieure de la sclérotique à 2 1/2 millimètres du bord cornéen et à 3 1/2 millimètres d'une ligne horizontale tangente au bord supérieur de la cornée. La plaie a généralement une longueur de 12 millimètres.

Nous ne décrirons pas le reste de l'opération, qui ne présente rien de particulier.

L'auteur reconnaît à sa méthode les avantages suivants :

1° La formation d'une section aussi linéaire que possible, tout en ayant les dimensions nécessaires pour toute espèce de cataracte ;

2° La possibilité de fixer le globe oculaire pendant toute la durée de l'opération ;

3° La conservation plus ou moins complète de l'humeur aqueuse jusqu'à ce que la section ait traversé toutes les membranes ;

4° La faible augmentation de la pression intraoculaire pendant la durée de l'incision ;

5° La sortie relativement facile de la cataracte ;

6° La simplicité et le peu de durée du traitement consécutif.

Ces résultats sont dus principalement à la direction de la section ; tandis qu'avec les couteaux ordinaires toute l'action de l'opérateur s'exerçait sur le tranchant de l'instrument, qui s'écartait ainsi de la ponction initiale, on obtient ici la même forme de section en agissant dans le sens de la ponction initiale et en comblant, avec la lame de l'instrument, l'espace laissé libre par l'écartement des lèvres de la plaie.

KLEIN.

Nouvelles recherches sur les cataractes.

Quelques considérations sur les procédés d'extraction de la cataracte, et une nouvelle méthode de pratiquer cette opération, par WARLOMONT ; Compte rendu du congrès périod. internat. d'ophthalm. tenu à Londres en 1872, 4e session. (*Trad. franç., par Warlomont et Duwez, pp.* 46-50, *Paris*, 1873.)

Ce procédé consiste à faire « *un petit lambeau médian* » dans la partie moyenne du segment supérieur de la cornée et « *sans recours obligé à l'iridectomie.* »

Il a été décrit par Lebrun, et aurait pris naissance à l'Institut ophthalmique du Brabant ; toujours est-il qu'il est connu par beaucoup d'ophthalmologistes sous le nom de « *procédé belge.* »

Nous ne le décrirons pas ici, ayant à analyser plus loin le travail origi-

nal de Lebrun, contenu dans l'appendice du *Compte rendu* du congrès.

D'après Warlomont les avantages de ce procédé sont :

1° La facilité et le moindre danger d'expulsion du corps vitré.

2° Une issue plus facile du cristallin, l'incision étant plus en rapport avec l'ouverture pupillaire.

3° L'ouverture cornéenne peut être la plus petite possible, parce que béante elle s'accommode aux surfaces courbes du cristallin.

4° Les lèvres de la plaie se réappliquent bien.

5° L'iris, à moins d'accident, ne tend pas à faire hernie et d'ailleurs on peut faire l'iridectomie.

6° La guérison est rapide et la cicatrice devient presque invisible.

F. TERRIER.

Modifications à apporter, en certaines circonstances, à l'opération de la cataracte par extraction linéaire, par BRIBOSIA, de Namur ; Compte rendu du congrès périod. intern. d'ophthalm., tenu à Londres en 1872, 4e session. (*Trad. franç. par Warlomont et Duwez, pp.* 41-46, *Paris*, 1873.)

Voici quels sont les temps de l'opération proposée par l'auteur :

1° La pupille dilatée, l'œil immobilisé par des pinces à griffes, « un « stop-needle (de Bowmann) est obliquement introduit par kératonyxis « dans la chambre antérieure, à trois millimètres environ de l'union « cornéo-scléroticale, et un peu au-dessous du diamètre transversal. » La capsule est largement incisée en croix ; cette facile incision serait même un des grands avantages de cette méthode.

2° On pratique la ponction et la contre-ponction comme dans l'incision linéaire, mais avant de terminer la section de l'œil, « on communique au « couteau quelques légers mouvements de rotation sur son axe, suffi- « sants pour entrebâiller » la plaie et donner issue à l'humeur aqueuse. La portion d'iris placée au-dessus du couteau vient donc se placer en avant de lui.

3° On achève la section, comme dans le procédé de de Graefe, sectionnant en même temps l'iris et la sclérotique. On pourrait quelquefois s'arrêter et laisser un pont conjonctival, pour avoir plus de sécurité dans l'opération.

4° Ce temps est le même que dans l'opération ordinaire, la lentille est expulsée par glissement.

L'auteur termine en résumant les indications et les avantages de son procédé :

1° Il est plus facile, plus prompt, l'opérateur tient toujours la pince à fixation et n'est pas dérangé par l'iridectomie.

2° L'ouverture de la capsule est nette et complète.

3° L'issue du corps vitré est plus rare, vu la rapidité d'exécution de l'opération.

4° Cette méthode serait plus spécialement applicable chez les gens nerveux, qu'on ne peut anesthésier, ou bien chez ceux qui ont les orbites très-saillants.

F. TERRIER.

Méthode propre à empêcher le prolapsus de l'iris après l'extract. de la cataracte, etc., par Ch. TAYLOR, de Nottingham; Compte rendu du congrès périod. internat. d'ophthalmologie tenu à Londres en 1872, 4e session. (*Trad. franç. par Warlomont et Duwez, p.* 38-40, *Paris*, 1873.)

Le but que se propose l'auteur est d'éviter le prolapsus de l'iris, tout en ne faisant pas l'iridectomie comme cela est nécessaire dans la plupart des procédés dérivés de celui de de Graefe.

Voici, dit-il, comment il a atteint ce but:

1° En contractant la pupille avec la fève de Calabar;

2° En faisant, avec le petit couteau coudé dont il se sert pour l'extraction, une incision de 2 lignes environ, au sommet de la cornée à sa jonction avec la sclérotique;

3° En saisissant une petite partie d'iris et l'excisant aussi près que possible de son insertion;

4° En lacérant la capsule avec le kystitome introduit dans la pupille au moyen de l'incision ainsi pratiquée;

5° En élargissant suffisamment la plaie pour faciliter la sortie du cristallin;

6° En introduisant une des lames des ciseaux à iris dans l'ouverture déjà formée dans le limbe de l'iris, et séparant celui-ci de son insertion périphérique;

7° En opérant l'extraction de la lentille située derrière l'iris, comme à l'ordinaire.

Cette manière de faire, longue et difficile, nécessite l'anesthésie complète du patient. F. TERRIER.

Communication sur la cataracte traumatique, par WOLFE, de Glascow, compte rendu du congrés périod. internat. d'ophthalmol., tenu à Londres en 1872 e session. (*Trad. franç., par Warlomont et Duwez, pp.* 81-88, *Paris*, 1873.)

Ayant eu l'occasion d'opérer un assez grand nombre de cataractes traumatiques (82 cas), l'auteur a cru devoir soumettre au congrès les résultats de ses observations.

Il indique donc l'âge, la profession, la nature des lésions de ses blessés; enfin il arrive aux procédés opératoires qu'il a dû employer selon les cas. Ceux-ci sont au nombre de trois :

1° Extraction linéaire au moyen du couteau lancéolaire sans ou avec iridectomie. Dans le premier cas il plonge le couteau derrière l'iris;

2° Extraction à petit lambeau cornéen, ou cornéo-conjonctival;

3° Enfin, incision curvo-linéaire, au moyen du couteau de de Graefe; procédé qui se rapproche singulièrement, comme le fait remarquer l'auteur, de la méthode préconisée en Belgique pár Lebrun, Warlomont, etc.

Après avoir indiqué le plan qu'il a dû suivre pour en arriver à pratiquer ces diverses opérations, l'auteur donne les résultats obtenus, qui

sont fort beaux (65 guérisons avec bonne vision sur 85), et insiste en terminant sur les causes des insuccès.

A cet égard, Wolfe signale la gravité spéciale des traumatismes dus au charbon, sans toutefois l'expliquer nettement. F. TERRIER.

Om de infantila starrarna (Des cataractes infantiles), par C.-J. ROSSANDER, de Stockholm. (*Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. V, Nr* 10, *Stockholm*, 1873.)

Sous le nom de cataractes infantiles, l'auteur comprend les cataractes congénitales et celles qui surviennent dans les premières semaines de l'existence.

Il divise ces cataractes en cataractes totales, qui peuvent être nucléaires ou corticales, et en cataractes partielles. Ces deux espèces sont étudiées avec grand soin, et Rossander insiste avec raison sur leurs complications et en particulier sur l'amblyopie, qui persiste très-longtemps bien que l'opération ait été faite avec succès.

Au point de vue thérapeutique, il préconise la *ponction* pour les cataractes molles et liquides ; cette ponction est faite avec un petit couteau plat et linéaire, tranchant des deux côtés et cannelé le long de la lame.

Pour les cataractes plus consistantes, il propose la discision ; enfin, si la cataracte est dure, siliqueuse, le cristallin atrophié, il faut avoir recours à l'extraction modifiée de de Graefe. Dans ce dernier cas, l'auteur prescrit de circonscrire, avec le kystitome, la partie de la capsule répondant à la pupille et d'en faire l'extraction avant ou en même temps que celle du cristallin ; si l'extraction de la cataracte peut se pratiquer sans intéresser la capsule, il faut la faire.

Lors de synéchies postérieures totales, Rossander conseille l'iridectomie en bas et ultérieurement l'extraction par le procédé de de Graefe.

A propos des cataractes zonulaires, l'auteur propose la corémorphose, mais par l'iridectomie, et combat l'iridoclésis ; encore cette corémorphose ne s'applique-t-elle qu'aux cataractes dont le diamètre ne dépasse pas trois lignes. Au delà de ces limites, la corémorphose ne peut être qu'une préparation à l'extraction ou à la discision, opération qui lui semble de beaucoup préférable.

Rossander termine en signalant quelques autres variétés de cataractes infantiles partielles et stationnaires; quant à la cataracte pointillée, il n'admet pas son origine congénitale ou datant des premiers jours de l'existence, et n'a pas eu l'occasion de l'opérer. F. TERRIER.

Sur l'emploi des aiguilles-crochets dans les opérations de cataracte secondaire, par STREATFEILD, de Londres. (*Compte rendu du Congrès périod. internat. d'ophthalmologie tenu à Londres en* 1872 (*trad. franç.*, *p.* 174-180, *Paris*, 1873.)

Après un aperçu sur le mode d'action des aiguilles de Bowman et sur les perfectionnements apportés à cette méthode par Agnew et Noyes,

l'auteur propose l'emploi de deux aiguilles qu'il a fait recourber en crochets à leur extrémité. Ces aiguilles-crochets (needle-hook) sont semblables aux fortes aiguilles à cataracte ; elles présentent une pointe lancéolaire et une tige arrondie au delà de la partie recourbée en crochet, celle-ci longue de 1 centimètre représente une petite section d'un grand cercle.

Voici comment Streatfeild opère avec ses aiguilles. Le sujet anesthésié, l'œil fixé et la pupille dilatée, il « prend un crochet de chaque main, et pose sa pointe contre la cornée près de sa circonférence; à ce moment les deux manches se touchent ou même s'entre-croisent. » Il fait « pénétrer alors les pointes dans la cornée l'une après l'autre et en les suivant bien toutes deux. Quand elles ont traversé cette membrane, il sépare les manches ou les abaisse dans le plan horizontal, à droite et à gauche, pendant qu'il pousse les pointes vers le milieu de la chambre antérieure. » Les deux extrémités sont dirigées vers le septum qu'on essaye de traverser, « et aussitôt qu'un des crochets y a pénétré, l'autre est introduit par la même ouverture, les deux pointes se touchent alors et il n'y a plus qu'à les écarter doucement en sens opposé.

F. TERRIER.

Agrandissement de la pupille par l'incision des fibres de l'iris, exécutée d'arrière en avant, par W. BOWMAN, de Londres. (*C. rend. du Congrès périod. intern. d'ophthalm. tenu à Londres en* 1872, *trad. franç.*, *pp.* 200-202, *Paris*, 1873.)

Il propose un couteau spécial pour faire cette opération : l'instrument est introduit dans la chambre antérieure jusqu'à la pupille, puis dans celle-ci, enfin parallèlement au plan de l'iris jusque près son insertion; dirigeant alors le tranchant en avant, l'iris est sectionné en retirant le couteau jusque contre la cornée. Notons que ce couteau doit être introduit en faisant une ouverture préalable à la cornée à l'aide d'une large aiguille.

Bowmann, conduit à faire cette opération d'iridotomie pour remédier à l'étroitesse d'une pupille déformée par une double iridodésis, propose de l'utiliser pour remédier aux cataractes nucléaires. C'est d'ailleurs ce qu'il a fait, et il présente au congrès un petit garçon qui a subi cette opération il y a douze jours et chez lequel il a obtenu un véritable succès.

Un des graves défauts de cette méthode est la lésion fréquente de la face postérieure de la cornée. F. TERRIER.

Observations sur le procédé d'extraction de Liebreich, par HANSEN, compte rendu du congrès périod. internat. d'ophthalmol. tenu à Londres en 1872, 4e session. (*Trad. franç.*, *par Warlomont et Duwez*, *pp.* 52-56, *Paris*, 1873.)

Après avoir énuméré, avec quelque raison, les nombreux dangers de l'extraction linéaire par le procédé de de Graefe, l'auteur examine les résultats que lui a donnés l'opération de Liebreich.

A cet égard, il cite 30 observations, dans lesquelles l'adhérence de l'iris à la plaie eut lieu dans 13 cas; 13 fois encore il existait des synéchies postérieures. Malgré ces résultats, qui nous semblent peu brillants, Hansen ne paraît pas très-éloigné d'adopter le procédé de Liebreich et félicite ce dernier d'avoir eu le courage d'essayer de se passer de l'iridectomie. F. TERRIER.

Du daltonisme au point de vue de l'industrie des chemins de fer, par le Dr A FAVRE. (*Lyon méd.*, 1873, *n°* 19, *p.* 6.)

Le daltonisme ou achromatopsie rend les personnes qui en sont atteintes incapables de servir sur les chemins de fer, car elles ne reconnaissent pas la couleur des signaux. M. Favre a examiné sous ce rapport un grand nombre d'employés ou de candidats aux emplois dans les chemins de fer, et a trouvé assez fréquemment un daltonisme plus ou moins complet. Celui-ci peut être congénital, et alors il semble être incurable; accidentel à la suite d'un traumatisme, et il guérit facilement; accidentel à la suite d'une maladie grave, et il guérit de même. Cette note contient un grand nombre d'observations qui montrent combien les erreurs sur les couleurs peuvent être variées. J. C.

A systematic method for testing and recording the acuteness of hearing (Méthode générale pour examiner et noter l'acuité de l'ouïe), par H. KNAPP. (*Arch. of ophthalm. and otology, vol. III, n° 1, pp.* 220-225, *New-York*, 1873.)

Comme pour la détermination de l'acuité visuelle, l'auteur indique une méthode générale pour mesurer la finesse de l'ouïe.

Le but qu'il se propose est « d'exprimer le degré d'altération de l'ouïe par une fraction de l'étendue normale de la puissance auditive. » Mais il ne faut pas, comme pour l'œil, se borner à noter une seule qualité de l'appareil sensoriel : ici, en effet, on doit chercher à déterminer l'étendue de perception des bruits, celle des tons musicaux, enfin celle de la voix humaine.

Pour les bruits, le meilleur instrument est la montre. Cependant on pourrait encore utiliser une sonnerie; toutefois il faudrait qu'elle soit construite sur un même type et que ce type soit adopté par les auristes. H. Knapp abandonne la résolution de cette question à ses collègues germains et suisses, probablement les seuls qui, d'après lui, soient capables de la résoudre. Se servant donc de *sa* montre, entendue généralement à 10 pieds, il indique sous cette forme l'acuité normale : $h = \frac{10}{10}$, malheureusement cette notation se complique par suite de l'emploi des pieds et pouces, etc. C'était peut-être le cas de proposer, comme en ophthalmologie pour les lentilles, une mesure unique : le mètre; mais H. Knapp aurait probablement cru faire une concession indigne de sa nationalité.

Déterminer l'acuité auditive pour la perception de la voix est loin d'être

aussi commode, et cela malgré la distinction de l'auteur en voix *parlée* et voix *chuchotée*, et malgré l'expérimentation qu'il conseille à chaque praticien pour déterminer la distance à laquelle il peut être entendu par une oreille normale. Nous croyons que les renseignements fournis à cet égard ne peuvent nullement présenter la rigueur scientifique que H. Knapp cherche à leur donner en les notant par des chiffres ou des signes. Pour lui, v (voix chuchotée) $= \frac{20}{20}$, c'est-à-dire est entendue normalement à 20 pieds, et v (voix parlée) $= \frac{60}{60}$, c'est-à-dire est perçue normalement à 60 pieds.

Pour obtenir cette notation v, le patient tourne son oreille du côté de l'explorateur, bouche l'autre oreille et répète les mots qu'il entend prononcer ; telles sont les règles adoptées par l'auteur.

Reste la détermination de l'acuité auditive pour la perception des sons musicaux. L'auteur emploie une petite boîte à musique, qui est entendue par une oreille physiologique à 80 pieds de distance $\left(m = \frac{80}{80}\right)$.

Enfin, la puissance auditive pour les sons en général pourrait être notée : H, H = 0, et — H.

F. TERRIER.

Ueber ein endotheliales Cholesteatom des Trommelfelles nebst Bemerkungen zur Histologie der Eigenschicht (Sur un cholestéatome endothélial de la membrane du tympan avec des considérations sur l'histologie de la couche propre de cette membrane), par le Dr Hermann WENDT, de Leipzig. (*Archiv der Heilkunde*, *p.* 551.)

Sous le nom de *cholestéatome*, on a désigné et l'on désigne encore souvent des tumeurs de l'oreille qui se composent principalement de cellules épithéliales (Voy. *Rev. des Sc. méd.*, t. II, pp. 105 et 979). L'observation dont il s'agit ici n'a rien de commun avec les épithéliomas ; elle se rapporte à un produit dont la composition et la structure indiquent un vrai cholestéatome, produit dont la naissance dans l'oreille n'a pas encore été clairement établie,

Avant d'entreprendre cette description, Wendt expose brièvement la structure de la membrane tympanique et s'attache particulièrement à la couche moyenne qui forme la charpente de cette membrane; ses recherches personnelles, à ce sujet, lui ont démontré que les cellules fixes de la couche propre vulgairement nommés *corpuscules de la membrane tympanique*, présentent tous les caractères des lamelles endothéliales. Il a reconnu, de plus, que les faisceaux de tissu conjonctif qui forment la tunique propre, sont entourés de gaînes sur lesquelles sont appliquées des cellules de toutes formes et des noyaux libres ; enfin le long de ces faisceaux il a distingué des capillaires qui y forment des ramifications anastomotiques.

A l'aide de ces indications, l'auteur explique la provenance de la tumeur qu'il a trouvée dans la caisse tympanique d'un homme qui avait succombé à une pleurésie purulente.

Cette production morbide, qui paraissait ancienne, était fortement adhé-

rente à la couche propre de la membrane et comme enchevêtrée dans les faisceaux fibreux de cette couche. On y constatait, au microscope, la présence en grand nombre de lamelles de cholestérine et de cellules endothéliales. Ces dernières s'étaient considérablement multipliées sur les gaînes des faisceaux fibreux et ceux-ci se trouvaient tellement écartés qu'il existait des communications avec la lame cutanée et le conduit auditif externe. Comme d'un autre côté la tumeur était revêtue d'une capsule qui l'entourait partout, excepté au point d'insertion, il est hors de doute pour Wendt que le point de départ du néoplasme ait été la prolifération des cellules endothéliales qui avaient repoussé peu à peu la muqueuse vers l'intérieur de la caisse, de manière à s'en entourer comme d'une capsule. La régression graisseuse de ces cellules avait donné lieu à la formation des lamelles de cholestérine. Comme la tumeur communiquait également avec le revêtement cutané, on pourrait expliquer sa production comme celle des *tumeurs perlées* par une prolifération épithéliale ; mais l'auteur rejette cette hypothèse pour les raisons suivantes :

1° Les couches épithéliales ne présentaient aucune modification dans leur structure ;

2° La substance propre, au contraire, présentait les mêmes éléments que la tumeur ;

3° Ces éléments avaient passé par les mêmes altérations et ceux qui n'avaient pas subi de modifications se trouvaient également reproduits, dans tous leurs détails, parmi les parties constituantes de la tumeur.

KLEIN.

Zur Casuistik der eitrigen Mittelohrentzündung mit Lähmung des Nervus facialis (Observation d'otite moyenne purulente avec paralysie du nerf facial), par le prof. Jos. GRUBER. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, p.* 113.)

Il arrive souvent que l'otite purulente soit compliquée d'une hémiplégie faciale sans que le malade ait ressenti la moindre douleur. Dans ces cas on est porté à considérer la paralysie comme étant de nature rhumatismale, sans que l'attention du médecin soit dirigée du côté de l'organe auditif. Pour bien faire ressortir l'utilité d'un examen de l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale, Gruber cite une observation dans laquelle on voit le traitement de l'otite faire disparaître la paralysie.

Il s'agit d'un vieillard ayant une paralysie faciale du côté droit avec dépôt purulent dans la caisse du même côté. La ponction de la membrane du tympan amena l'écoulement d'une petite quantité de pus et un soulagement notable. Les mouvements revenaient à mesure que le dépôt diminuait et disparaissaient dès que l'accumulation s'était reformée. L'évacuation à l'aide d'injections amena la guérison complète.

KLEIN.

A method of operating for the cleft lobule of the ear, par H. KNAPP. (*Arch. of ophth. and otology, vol. III, n° 1, pp. 254-56, New-York*, 1873.)

Pour remédier à cette petite difformité, résultant le plus souvent de l'usage de boucles d'oreilles trop lourdes et qui finissent par diviser le lobule, H. Knapp propose une méthode analogue à celle que Mirault (d'Angers) et Langenbeck ont préconisée pour le be cde-lièvre.

Après avoir avivé la plus grande partie de la fente anormale, il finit en taillant sur la lèvre postérieure de cette fissure un petit lambeau qui, abaissé et fixé sur la partie inférieure de la lèvre antérieure, comblera l'échancrure anormale qui résulte le plus souvent d'un simple avivement des parties sectionnées. F. T.

Die mehrfache Durchschneidung des Trommelfells als Heilmittel gegen primäre oder mit Trübung einhergehende übermässige Spannung desselben (Incisions multiples de la membrane du tympan pour combattre la tension exagérée de cette membrane, survenue soit primitivement soit à la suite d'un épaississement), par le Dr Josef GRUBER, de Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1873, *nos* 1-4.)

L'auteur recommande cette opération toutes les fois que la douche d'air est impraticable ou ne donne pas de bons résulats. Les tentatives qu'il a faites lui ont démontré : 1° que la myringotomie est facile à exécuter ; 2° que, dans la plupart des cas, elle ne donne lieu qu'à une faible douleur ; 3° qu'elle ne présente aucun danger et que les malades peuvent très-rapidement reprendre leurs occupations les plus pénibles sans en souffrir et sans avoir besoin d'un traitement consécutif ennuyeux ; 4° qu'en général, elle ne peut qu'être utile.

Pour exécuter l'opération, l'auteur a fait construire un myringotome spécial dont il donne le dessin ; mois on peut se servir aussi de la simple aiguille à cataracte. Outre deux modèles de couteaux, la figure représente également un *synéchotome* pour détacher les adhérences pseudomembraneuses qui peuvent gêner dans certains cas et une petite sonde dans laquelle on peut couler du nitrate d'argent et qui peut servir, par conséquent, au double but d'examiner l'état des parties et d'y porter un caustique.

La section doit être faite de telle façon que les deux ordres de fibres soient divisés à peu près également, et, dans ce but, sa direction devra former un angle plus ou moins aigu avec le manche du marteau.

La perte du sang est, en général, insignifiante ; si, dans des cas exceptionnels, il y avait une hémorrhagie, le mieux serait de l'arrêter par le tamponnement. Les injections froides donnent lieu parfois à des vertiges, des syncopes, etc., et doivent être évitées le plus possible. Immédiatement après l'opération, on donne une douche d'air, puis on bouche le conduit externe et l'on applique des compresses froides. Enfin, pour

éviter une récidive et pour dilater le plus possible les cicatrices qui sont en train de se former, en emploie pendant quelques jours le procédé actif de Valsalva. KLEIN.

Die Entstehung von Piltzbildung im Ohr (Du mode de production des végétations parasitaires dans l'oreille), par le Dr BEZOLD, de Munich. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, n° 7.*)

L'auteur a décrit, il y a quelque temps (*Arch. F. Ohrenheilk.*, Band V, Heft 3, p. 197) un cas d'aspergillus du conduit auditif; depuis cette époque, il a constaté neuf cas analogues dont il indique les principaux détails.

Ce qui ressort de la manière la plus nette de ces observations, c'est que généralement la production des végétaux a été précédée d'injections huileuses. L'examen des parasites a fait constater dans leur intérieur une assez grande quantité de matières grasses qui paraissent être le résidu de ces injections. Un second fait également presque général, c'est que l'on trouve des traces de moisissures dans le local habité par le malade. Dans un des cas décrits, les champignons observés appartenaient à la variété *Gonidie*, tandis qu'en général on rencontre l'*aspergillus*.

Un certain nombre d'auteurs se sont déjà occupés de la question des champignons de l'oreille; les uns, comme Schwarze (*Arch. f. Ohrenheilk.* Bd. IV, Heft 4, p. 285), Weber (*Monat. f. Ohrenheilk.* 1868, 1), Steudener (*Arch. f. Ohrenheilk.* V, 3, p. 163), Böke (*Monats. f. Ohrenheilk.* 1869, 4) considèrent ces parasites comme une complication des inflammations de l'oreille, mais non comme une maladie particulière. Wreden (*Myringomykosis aspergillina*, St-Pétersbourg, 1868), reconnaît le caractère propre de ces champignons et le caractère idiopathique de cette affection. L'auteur est également de cet avis et il cite à l'appui de son opinion trois de ses observations où la production parasitaire s'est développée directement sur le cérumen. KLEIN.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Elementi di ottalmiatric (Eléments d'ophthalmologie), par le prof. De Luca. 2e édition. Naples. (*Sperimentale*, fasc. 5e., p. 232.)

Ophthalmiatrik, par C.-H. Schauenburg. — Brunswick.

Die Augenpflege im gesunden u. Kranken Zustande (Traitement des affections des yeux et hygiène de la vue), par L. Grossmann. — Pesth.

Clinica ophthalmologica din Spitalulu Coltzea, par V. I. Vladescu.—Bucuresci.

Cork opthalmic and Aural Hospital. — Reports on Ophthalmic and Aural diseases (Rapports sur les maladies des yeux et des oreilles, observées à l'hôpital spécial de Cork), par Macnaughton Jones. (*Irish Hospital Gazette*, p. 274-277, 309-311, etc.)

L'art de conserver la vue. Traité d'hygiène oculaire, par A. Chevalier. — Paris, A. Delahaye.

Cholesterine in the eye (De la présence de la cholestérine dans l'œil), par John Tweedy. (*The Lancet*, 11 oct., t. II, p. 519.)

Autoplastie pratiquée dans la région palpébro-temporale; leçon de Richet. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 7-13, octobre.)

Case of traumatic ectropion of upper eyelid,treated by Dr Wecker's plan of dermic grafting (Cas d'ectropion traumatique de la paupière supérieure, traité par le procédé de la greffe dermique de Wecker), par Lloyd Owen. (*British medical Journal*, nº 669.)

An improved lid-forceps, especially for the operation of entropium, par H. Knapp. (*American of ophthalm. and otology*, vol. III, nº 1, 256, 260. — New-York.)

Dacryoadénite aiguë (observ.), par X. Galezowski. (*Rec. d'ophthalmologie*, 2e série, oct., p. 94.)

Etude sur les affections des voies lacrymales et sur leur traitement, par X. Galezowski. (*Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, oct., p. 56-86.)

Cases of lacrymal abcess and fistula, par Macnaughton Jones. (*Irish Hospital Gazette*, août, p. 248.)

Storia di tre stirpazioni della glandola lacrimale (Histoire de trois cas d'extirpation de la glande lacrymale), par le Dr Mazzei. (*Rivista Clinica*, de Bologne, juin, fasc. 6e, p. 165.)

Du catarrhe du sac lacrymal et de ses complications, par le Dr Romiée. (*Ann. de la Soc. chir. de Liége*, mars, p. 85; juin, p. 256; août, p. 324; sept., p. 353.)

Des altérations morbides de la cornée, par J. Heiberg. (*Nordiskt med. Arkiv.*, f. 5, 2e part., nº 14.)

On partial staphyloma of the cornea and iris (Sur le staphylome partiel de la cornée et de l'iris), par William A. M'Keown. (*The Lancet*, 6 sept., t. II, p. 329.)

Ueber Keratokonus, par Mauthner. Communic. à la Société des médecins de Vienne. (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nº 17, 25 avril.)

Della fistola artificiale della cornea, o nuovo processo di pupilla artificiale (De la fistule artificielle de la cornée ou nouveau procédé de pupille artificielle), par le Dr Gradenigo. (*Ann. delle sc. mediche*, an. III, 1872; — *lo Sperimentale*, 1873, fasc. 8e.)

Un cas de kératite bulleuse; nombreuses récidives; grande amélioration par les courants continus et par l'iridectomie, par M. L. Brière, chef de clinique de M. Sichel. (*Un. méd.*, p. 765 et 789.)

Instrument pour fixer la cornée dans l'extraction des corps étrangers, par HALL. (*Philad. med. Times*, mai.)

Traitement des taches de la cornée par l'électrolyse, par A. TRIPIER. (*Tribune médicale*, 5 octobre 1873.)

Tumeur érectile de la portion sclérotícale de la conjonctive, par X. GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, oct., p. 86-88.)

Conjunctivitis erzeugt durch die Einwirkung von Schweinfurtergrün (Conjonctivite résultant de l'influence produite par le vert de Schweinfurt), par le Dr Anton KITTEL, de Böhmisch. — Leipa. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, no 1.)

Zona ophthalmique avec conjonctivite ; hyperesthésie consécutive, obs. par RIVET. (*Gaz. des hôp.*, 930.)

Polypi of the conjunctiva (Polypes de la conjonctive), par C.-S. JEAFFRESON. (*The Lancet*, 20 sept., t. II, p. 412.)

Disposition des lambeaux de la capsule cristallinienne après son ouverture, par le Dr J. GAYAT. (*Lyon méd.*, no 17, p. 494.)

L'opération de la cataracte et la régénération du cristallin, par le Dr GAYAT. (*Lyon méd.*, no 22, p. 209.)

Cases of cataract extraction (Cas d'extraction de cataracte), par Macnaughton JONES. (*The Dublin Journal of medical science*, juillet.)

Atresia pupilar. Catarata traumatica, par J.-J. LINARES Y LUNA. (*La Cronica oftalmologica*, no de septembre, p. 109-112. — Cadiz.)

Ein Fall von Linsendislocation mit vollständiger Resorption der Linse (Un cas de dislocation du cristallin avec résorption totale), par le Dr Sigmund LINDNER, de Lemberg. (*Allgemeine medizinische Zeitung*, no 15.)

Zur Technik der Iridektomie, par le Dr SCHERK. (*Soc. méd. de Berlin*, séance du 28 mai 1873. — *Berlin. klin. Wochens.*, no 36.)

Experimental Untersuchungen üb. Zerreissungen der Chorioidea. (Recherches expérimentales sur les déchirures de la choroïde), par G.-A. SEIDLITZ. — Kiel.

Ossification of a large portion of the choroïd following chronic traumatic inflammation (Ossification d'une grande portion de la choroïde à la suite d'une inflammation chronique traumatique), par C.-S. JEAFFRESON. (*The Lancet*, 20 sept., t. II, p. 413.)

Lésions oculaires (Glaucome, irido-choroïdite), par M. RÉMY. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 403.)

Contribuzione alla storia del glaucoma curato colla sclerotomia (Contribution à l'histoire du glaucome traité par la sclérotomie), par le Dr DE MAGRI. (*Ann. delle sc. mediche*, an III, 1872. — *Sperimentale*, fasc. 8e.)

Sopra un caso di glaucoma lento binoculare curato colla sclerotico-tomia interstiziale (Sur un cas de glaucome lent binoculaire traité par la sclérotomie interstitielle), par le Dr ROMINI. (*Annali delle sc. mediche*, an. III, 1872. — *Sperimentale*, 1873, fasc. 8e.)

On the changes in the retina and labyrinth in a case of fibro-sarcoma of the auditory nerve, par Arthur BŒTTCHER, de Dorpat. (*Archives of ophthalmology and otology*, vol. III, no 1, p. 135-172. — New-York.)

De la rétinite glycosurique en général et du glaucome hémorrhagique consécutif, par X. Galezowski. (*Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, octobre, p. 90-94.)

Nephritic retinitis (Rétinite dépendant d'une affection rénale). — *Royal Westminster Hospital*. — M. Jabez Hogg. (*The Lancet*, 15 nov., t. II, p. 701.)

Cisticerco celluloso del cuerpo vitreo; extrabismo optico, par Del Toro. (*La Cronica oftalmologica*, n° de septembre, p. 106-109. — Cadiz.)

Des corps étrangers de l'œil, par le Dr Sous. (*Bordeaux médical*, n° 36.)

A case of a persistent remnant of the hyaloid artery, par Scharpringer, de New York. (*Arch. of ophth. and otology*, vol. III, n° 1, p. 251-253. — New York.)

Nystagmus considérablement amélioré, par X. Galezowski. (*Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, oct., p. 88-90,)

Du strabisme convergent, remarques sur son étiologie, par S.-D. Risley. (*Philad. med. Times*, avril.)

Plötzliche Erblindung bei Hydrocephalus chronicus (Cécité subite dans l'hydrocéphalie chronique), par le Dr Geissler, de Meerane (*Arch. der Heilk.* p. 567.)

Puerperal amaurosis; its importance as a symptom, par H. Williams. (*The Boston med. and surg. Journal*, oct., p. 373-376.)

Simulated amaurosis, by C. Harlan. (*The American Journal of the med. sc.*, oct., p. 429-435.) Deux observations intéressantes d'une fille de onze ans et d'un garçon du même âge, simulant une amaurose unilatérale. La supercherie fut découverte par l'emploi du verre prismatique.

Névralgie ciliaire et perversions visuelles hystériques, par Cuignet, de Lille. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 34-44, n° d'octobre, Paris.)

Observations on albinism (Observations d'albinisme), par C.-S. Jeaffreson. (*British medical Journal*, n° 660.)

Ophtalmic contributions, par George Strawbridge. — Philadelphia.

I. Dermoïd tumour of the cornea. (Extrait de *the Amer. Journ. of med. science*, january.)

II. An additional method for the determination of astigmatism. (Extrait des *Transact. of the american ophth. Society*, july 1871.)

III. Cyst of the iris removed by operation. (*Extrait du Philadelphia med. Times*, february 15.)

Communication sur l'éther en chirurgie oculaire par Joy Jeffries, de Boston. (Compte rendu du congrès périodique international d'ophthalmologie tenu à Londres en 1872, 4e édition.) Traduc. franç. par Warlomont et Duwez, p. 6, Paris, 1873.

Suture après l'extraction de la cataracte, par Williams, de Boston. (*Idem*. p. 194.)

Sur la valeur de la sclérotomie dans l'iridectomie appliquée à la cure du glaucome, par Quaglino, de Milan. (*Idem*, p. 195.)

Sur certaines formes d'atrophie du nerf optique, par Jabez Hogg, de Londres. (*Idem*, p. 183.)

Une méthode d'application du froid et de la pression élastique sur l'œil, par Spencer WATSON, de Londres. (*Idem.*)

Sur le traitement de la blennorrhée du sac lacrymal par l'injection de la liqueur de Villatte, par OSIO, de Barcelone. (*Idem*, p. 184.)

Des caractères d'épreuves (test-letters), par J. GREEN, de Saint-Louis. (*Idem*, p. 169.)

Sur les altérations pathol.de la choroïde, du corps vitré et de la rétine consécutives aux affections de la partie antérieure de l'œil, par H. PAGENSTECHER, de Wiesbaden. (*Idem*, p. 171.)

Sur un ophthalmoscope à démonstration, par Jabez HOGG, de Londres. (*Idem*, p. 180-182.)

Sur un cas d'aniridie traumatique avec aphasie, par SAMELSON, de Manchester. (*Idem*, p. 145.)

Nouveau moyen pour mesurer la distance de la cornée à la face postérieure du cristallin, par Gama LOBO, de Rio-de-Janeiro. (*Idem*, p. 146.)

Sur la fréquence relative de certaines affections ophthalmiques, par NOYES. (*Idem*, p. 148.)

Anomalies de la réfraction, par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 119.)

Sur un perfectionnement apporté à l'ophthalmoscopie, par J.-C. OLDHAM, de Londres. (*Idem*, p. 132.)

Sur les échelles typographiques et l'acuité visuelle, par Joy JEFFRIES, de Boston. (*Idem*, p. 134.)

Communication sur l'iritis, par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 112.)

Sur les granulations palpébrales, par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 113.)

Conjonctivite neuro-paralytique, atropine, par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 116.)

Opération de la cataracte par la méthode de de Graefe (Abcès du corps vitré), par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 118.)

Sur les kystes dermoïdes intra-orbitaires, par Spencer WATSON, de Londres. (*Idem*, p. 151-154.)

De l'adoption du système métrique pour la désignation du degré de l'amétropie, par E. JAVAL, de Paris. (*Idem*, p. 163-165.)

Sur l'ophthalmoscope employé comme optomètre dans l'astigmatisme, par COUPER, de Londres. (*Idem*, p. 120-132.)

Communication sur un cas de monstre ayant les yeux recouverts par la peau et qu'il appelle *cryptophthalmos*, par ZEHENDER. (*Idem*, p. 92-106.)

Pannus avec ophthalmie granulaire traité par l'application du sulfate de quinine en poudre sur la surface granuleuse de la conjonctive, par BADER. (*Idem*, p. 33.)

Deux observations de cornée conique par BADER. (*Idem*, p. 34.)

Sur l'ophthalmie diphthéritique à Manchester, par SAMELSON. (*Idem*, p. 140-145.)

Sur les mensurations ophthalmométriques des yeux d'enfant, par WOINOW de Moscou. (*Idem*, p. 59 et 60.)

Sur un cas remarquable de cysticerque celluleux libre dans la rétine, par CARRERAS Y ARAGO, de Barcelone. (*Idem*, p. 59-66.)

Communication sur deux cas d'anévrysme, l'un de l'artère centrale de la rétine, l'autre de l'orbite, par X. GALEZOWSKI. (*Idem*, p. 67.)

Description d'un ophthalmoscope à démonstration modifié et d'un périmètre, par Brudenell CARTER, de Londres. (*Idem*, p. 75 et 77.)

Communication sur un cas d'iridémie unilatérale, apparemment d'origine traumatique, par Argyll ROBERTSON. (*Idem*, p. 106-109.)

De l'ulcère serpigineux de la cornée, par E. WILLIAMS, de Cincinnati. (*Idem*, p. 111.)

Lectures on diseases and injuries of the ear, delivered at St.-George's hospital (Leçons sur les maladies et les plaies de l'oreille, professées à l'hôpital St.-George), par le Dr DALBY. — Londres, J. et A. Churchill.

Notions élémentaires sur les maladies de l'oreille, par SIRUS-PIRONDI. (*Marseille méd.*, juin.)

Ueber virtiginöse Erscheinungen ein Verlaufe mancher Ohrenkrankheiten (Sur les vertiges survenant dans le cours de certaines affections de l'oreille), par le Dr MORITZ FÖHRENSCHWARTZ, de Graz. (*Allg. Wien. med. Zeitg.* no 37.)

Considerazioni teorico pratiche sopra i vizi di conformazione e sulle deformita acquisite dell' orecchio esterno (Considérations théoriques et pratiques sur les vices de conformation et sur les difformités acquises de l'oreille externe), par V.-F. COLOMIATI. (*Indipendente*, 15 et 25 juillet.)

Sulla scoperta di un discomicete trovato nel cerume dell' orecchio umano (Découverte d'un discomycète trouvé dans le cérumen de l'oreille humaine), par le prof. S. GAROVAGLIO. (*Comptes rendus de l'Institut royal Lombard*, vol. V, fasc. 10. — *Rivista di med., di chir. e di terap. de Milan*, 15 et 20 avril. fasc. 7e et 8e.)

Zur Perforation des Trommelfells (De la perforation du tympan), par le Dr Albert BING, de Vienne. (*Allgem. Wiener medizinische Zeitung*, no 35.)

Die Lichtreflexe des Trommelfellss (Les reflets lumineux de la membrane du tympan), par le Dr TRAUTMANN, médecin militaire à Breslau. (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. II, p. 1.)

Trommelfellbefund nach Sturz mit dem Pferde (Lésion de la membrane du tympan après une chute de cheval), par le Dr TRAUTMANN, de Breslau. (*Archiv. für Ohrenheilk.* t. II, p. 101.)

Desquamative Entzündung des Mittelohrs (*Cholesteatom* des *Filsebeins* der Autoren) (Inflammation desquamative de l'oreille moyenne (*cholestéatome du rocher*), par le Dr Hermann WENDT, de Leipzig. (*Archiv. der Heilkunde*, 5e livraison.)

Nécrose des os du crâne consécutive à une affection des cellules mastoïdiennes, par Samuel ASHHURST. (*Philad. med. Times*, avril.)

Otite interne; thrombose de la veine jugulaire; embolies septiques dans les poumons ayant déterminé des infarctus gangréneux, par M. HOMOLLE. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. VIII, 48e année, 5e série, p. 314.)

Ein Fall von Meningitis cerebralis nach Otitis interna, Tod ohne voherige Perforation des Trommelfells und ohne Caries des Felsenbeins (Un cas de

méningite cérébrale à la suite de l'otite interne ; mort sans perforation du tympan et sans carie du rocher), par le Dr Gahde, de Magdebourg. (*Archiv. für Ohrenheilk,* t. II, p. 98.)

Aneurysma cirsoïdeum an der Ohrmuschel und dem äusseren Gehörgange (Anévrysme cirsoïde du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe), par le Dr Richard Chimani, de Vienne. (*Arch. für Ohrenheilkunde,* t. II, p. 62.)

Deux cas de balle logée dans le rocher. Corps étrangers de l'oreille moyenne; incision du tympan; succès de l'irrigation répétée fréquemment; observations recueillies par le Dr Gillette. (*Un. méd.*, p. 805.)

Eine Pincette zur Entfernung von Fremdkörpern aus sehr engem Gehörgang, und dasselbe Instrument mit schneidenden Branchen zur Entfernung gestielter polypöser Wucherungen (Une pince pour l'extraction des corps étrangers placés dans un conduit auditif très-étroit; le même instrument à branches tranchantes pour l'extraction des productions polypeuses), par le Dr Trautmann, de Breslau. (*Archiv. für Ohrenheilk*, t. II, p. 102.)

Schwerhörigkeit geheilt durch Staphylorhaphie (Surdité guérie par la staphyloraphie), par le Dr Franck de Künzelsau, Wurtemberg. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde,* n° 8.)

Fall von Eröffnung des Proc. mast. mit dem gekrümmten scharfen Meissel (Cas de trépanation de l'apophyse mastoïde avec le ciseau courbe tranchant), par le Dr Parreidt, de Cologne. (*Archiv. für Ohrenheilk,* t. II, p. 92.)

Emphysem beim Catheterismus der Tuba Eustachii (Emphysème à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache), par R. Voltolini. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde,* p. 116.)

Zur Anwendung der Galvanocaustik in der Ohrenheilkunde (De l'emploi du galvanocautère dans la thérapeutique de l'oreille), par R. Voltolini. (*Monatsschritt f. Ohrenheilk,* p. 117.)

Bemerkungen über die Aufgaben der « Electro Otiatrik » und den Weg zu deren Lösung (Remarques sur les conditions de l'*électro-otiatrique* et sur la voie à suivre pour les remplir), par le Dr Eduard Hitzig, de Berlin. (*Archiv. für Ohrenheilk,* t. II, p. 70.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANALYSES.

Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens, par DUMÉNIL, suivie d'une discussion à la Soc. de chir. (*Gaz. des hôp.*, 780, *etc.*)

Les quatre cas rapportés par Duménil étaient de nature à mettre en discussion le diagnostic, la thérapeutique, les complications et la nature des polypes naso-pharyngiens :

1° Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 8 ans qui ne présentait ni déformation faciale, ni troubles de la voix, de la respiration buccale, de la déglutition, etc. L'opération, faite par le procédé de résection partielle naso-maxillaire de Bœckel, entraîna la chute immédiate et spontanée de deux polypes nasaux fibro-muqueux à peine adhérents, contrairement aux prévisions de l'opérateur. Guérison.

2e cas. Un garçon de 16 ans porte un polype à large base, prolongé dans la fosse zygomatique ; il est épuisé par un suintement abondant et des hémorrhagies spontanées et consécutives à d'infructueuse tentatives d'arrachement. L'opération, faite par la résection temporaire et nasale d'Ollier, dure cinq quarts d'heure ; elle ne permet par d'atteindre le pédoncule d'emblée ; le malade meurt quelques heures après l'opération, épuisé par la perte de sang.

3e cas. Un garçon de 13 ans est atteint d'un polype lobulé à large base saignant très-abondamment ; un érysipèle retarde l'opération, les hémorrhagies se répétant incoercibles et nécessitant la ligature de la carotide externe. Extirpation par le procédé Bœckel, rugination et cautérisation de l'implantation au fer rouge. Guérison jusqu'à ce jour.

4e cas. Une petite fille porte une tuméfaction du volume d'une amande, sous l'apophyse basilaire. Une tentative de rugination échoue. Cas douteux.

Pour vider de suite la question du sexe, il est évident que cette dernière observation n'a aucune valeur. Mais il n'en est pas de même des cas signalés dans la discussion, par Verneuil et Labbé. Il faut toutefois remarquer que les deux observations de Verneuil ont trait à des femmes adultes ; mais les tumeurs, quoique ayant récidivé, se sont montrées bénignes : c'étaient des fibromes purs.

Labbé, de son côté, a rencontré un polype chez une jeune fille ; mais ce n'était pas un vrai fibrome. Ne peut on pas en dire autant de la plupart des polypes naso-pharyngiens des adolescents mâles ? Plusieurs chirurgiens répondent affirmativement. Ces polypes seraient d'emblée des sarcomes de structure et de malignité variables. On se demande si l'examen histologique de la tumeur ne pourrait

pas servir de critérium au chirurgien inquiet de savoir s'il doit s'ouvrir une voie *temporaire* ou au contraire conserver, après l'extirpation, un chemin praticable pour surveiller la surface d'implantation et réprimer les récidives.

Les polypes naso-pharyngiens sont généralement implantés sur l'apophyse basilaire ; d'autres naissent du pourtour des orifices postérieurs des fosses nasales. Ceux-ci seuls sont faciles à déraciner par la voie palatine, qui a l'avantage immense de pouvoir être entretenue béante aussi longtemps qu'on veut, sans donner de difformité extérieure. L'incision palatine faite *sur la ligne médiane* ne donne pas de sang et se dilate naturellement, grâce aux muscles du voile du palais. Elle peut aussi convenir lorsqu'on se propose de n'enlever qu'une partie de la tumeur, opération partielle qui, rétablissant la déglutition et la respiration bucco-laryngienne, peut être répétée autant de fois que cela est nécessaire, et suivie de bons résultats. La voie palatine est encore suffisante pour le traitement par l'électrolyse, traitement lent que Guyon a employé avec succès chez trois malades.

Si l'on est obligé de tenter la guérison extemporanée d'un polype naso-pharyngien, il faut se créer une voie large, directe et permanente.

La voie naso-maxillaire avec bris de la cloison, des cornets et des parois interne et antérieure du sinus maxillaire, est celle qui, en respectant l'arcade dentaire, donne le plus de facilités pour extraire les polypes. Mais la création de cette voie entraîne une difformité considérable quand on l'entretient pendant plusieurs mois.

En général, il n'y a pourtant pas à hésiter, car « les résections temporaires ne donnent que des guérisons temporaires. » Cela est vrai surtout chez les sujets qui n'ont pas encore atteint l'âge où les polypes naso-pharyngiens cessent de croître ou de se reproduire.

La voie étant créée, le polype doit être attaqué par des procédés non hémorrhagiques, tels que l'écrasement linéaire et la galvano-caustique (V. *Gaz. des hôp.*, page 988). L'arrachement, le morcellement, peuvent déterminer par hémorrhagie ou autrement la mort immédiate de l'opéré. Ce sont des procédés barbares. (Chassaignac.)

La surface d'implantation doit être ruginée et cautérisée énergiquement. Dans les mois qui suivront l'opération, cette surface sera surveillée et ce n'est qu'après un temps très-long que la voie artificielle devra être fermée.

Malgré les graves reproches faits aux résections temporaires, les chirurgiens français sont en droit de revendiquer l'honneur de les avoir inventées. La discussion de la Société de chirurgie a été close par un énergique et décisif plaidoyer de Verneuil pour Huguier et

Chassaignac, contre Bruns jeune, qui les avait dépouillés au profit de ses compatriotes, assez riches pourtant pour nous faire l'aumône de ce qui nous appartient.

L.-H. FARABEUF.

De la Galvano-caustie thermique, par E. BŒCKEL. (*Paris et Strasbourg*, 1873.)

On connaît les efforts tentés par les chirurgiens modernes pour faire entrer la galvano-caustie dans la pratique chirurgicale usuelle. Malheureusement, la complication et la cherté des appareils, la difficulté de les employer suivant des règles préétablies, font que cette méthode thérapeutique est laissée de côté par un grand nombre d'opérateurs.

E. Bœckel s'efforce donc « de fixer les principes » qui doivent diriger le chirurgien pour jouir de tous les avantages de la galvano-caustie, c'est-à-dire pour éviter l'écoulement sanguin.

L'auteur, passant rapidement en revue l'historique de la question et les principes élémentaires de physique applicables à la galvano-caustie, arrive à l'arsenal galvano-caustique.

A cet égard, il décrit longuement deux modèles d'une pile « Bœckel-Redslob » à un seul liquide, qui jouirait de certains avantages et dont il a fait usage dans ses opérations.

Examinant les instruments galvano-caustiques proprement dits, E. Bœckel insiste sur l'*anse coupante*, instrument galvano-caustique par excellence, à la condition qu'on combine son action à celle d'un porte-ligature et d'un serre-nœud.

« L'anse coupante, dit l'auteur, doit toujours étreindre le pédi-
« cule de la tumeur et le diviser en se retrécissant et non pas en
« glissant en masse. Pour éviter toute équivoque, on fera donc
« mieux de l'appeler *ligature galvano-caustique.* »

Mais l'anse coupante placée, faut-il encore diminuer l'intensité du courant, à mesure que la longueur du fil de platine diminue par l'action du serre-nœud. C'est là un problème difficile, pour la solution duquel l'auteur propose l'emploi d'un nouvel instrument fort ingénieux, le *modérateur Redslob.*.

Grâce à cet instrument, le courant est obligé de parcourir une certaine longueur, variable au gré de l'opérateur, de fil d'argentan. Or, ce fil étant mauvais conducteur, on conçoit que plus le courant est obligé de parcourir le fil métallique, plus il est affaibli, et vice versa.

Quoi qu'il en soit, ce modérateur n'indique ni l'intensité absolue du courant, ni la rapidité avec laquelle se fait la section des tissus. Aussi, comme le note E. Bœckel, faut-il s'en rapporter à la « fumée

qui se dégage » et « à la résistance qu'on éprouve à serrer la vis du « serre-nœud ».

Désire-t-on une section lente : dès qu'il se dégage un peu de fumée sur le trajet de l'anse, il faut affaiblir le courant grâce au modérateur. La fumée disparue, a-t-on de la peine à faire agir le serre-nœud : on augmente un peu l'intensité du courant, pour le diminuer dès que la fumée réapparaît.

Un fait sur lequel E. Bœckel insiste avec raison, c'est que le fil de l'anse coupante ne s'échauffe guère qu'à 1 centimètre au delà des canules du porte-ligature. D'où la nécessité d'interposer, au préalable, un corps étranger dans l'anse formée par le fil de platine et sur le pédicule de la partie à enlever.

L'auteur examine alors les effets de l'anse galvano-caustique sur les tissus vivants; il insiste : 1° sur l'épaisseur variable des eschares, selon qu'on a été vite ou lentement, qu'on s'est servi d'un courant intense ou faible ; 2° sur leur putréfaction rapide dans les cavités muqueuses ; 3° sur la possibilité de leur résorption dans la cavité péritonéale ; d'où l'utilité du galvano-cautère dans les ovariotomies. Enfin, il termine par quelques remarques sur les eschares sous-cutanées.

Se préoccupant ensuite des conditions dans lesquelle on obtient l'hémostase galvano-caustique, E. Bœckel expose le mécanisme de l'hémostase résultant de l'application des caustiques et fait intervenir un nouvel élément dans l'action du galvano-cautère, c'est la compression énergique qui résulte de l'emploi du serre-nœud et de l'anse coupante. Une série d'expériences (7) faites sur des chiens, animaux peut-être mal choisis, tend à confirmer cette intéressante remarque. On peut donc en conclure : « que l'anse galvano-caustique est « susceptible de diviser sans hémorrhagie des artères même volu- « mineuses, à condition qu'elles soient aplaties préalablement par « une ligature quelconque et qu'on ne se serve pas de courants « trop intenses. » L'utilité de cette striction est telle, que l'auteur propose soit de jeter un fil sur le pédicule de la tumeur, s'il est petit, soit de l'étreindre avec un fil de fer monté sur un serre-nœud ordinaire, quand le pédicule est volumineux ; tout cela, dans le but d'éviter une hémorrhagie abondante, et au besoin de faire plus vite la section avec l'anse coupante.

Un dernier chapitre est consacré aux indications de l'emploi de la galvano-caustie. « Les opérations qui nécessitent l'emploi de la « galvano-caustie, avec plus ou moins d'urgence, peuvent se divi- « ser en six catégories » :

1° Opérations sur le tissu érectile normal ou pathologique;

2° Opérations sur les organes vasculaires, situés profondément, où l'hémostasie par les procédés ordinaires serait difficile ;

3° Ablation de tumeurs superficielles très-volumineuses et pédiculées ;

4° Opération sur des sujets cachectiques ;

5° Ablation de tumeurs insérées dans des cavités closes, principalement dans l'abdomen (kystes ovariques) ;

6° Cautérisation de trajets fistuleux.

Les régles générales pour l'emploi de l'anse galvano-caustique méritent quelque attention :

On doit surtout utiliser le porte-ligature droit; lorsque la tumeur est pédiculée, l'anse est passée autour du pédicule et la section se fait facilement. A-t-on affaire à une tumeur superficielle non pédiculisée, il faut passer une ou plusieures aiguilles à sa base, étreindre les parties avec un fil de soie et passer au-dessus l'anse de platine. Lors de tumeur profonde, on circonscrit le mal par une série de sections ; le fil de platine est alors entraîné dans les tissus, soit à l'aide d'une aiguille, soit en se servant d'un trocart courbe.

A la fin de la section des parties molles, comme l'anse ne se chauffe plus, on peut terminer en exerçant une certaine traction sur les tissus qui restent à diviser. Toutefois, si le pédicule était très-vasculaire, il serait préférable d'en augmenter préalablement le volume par l'inclusion dans l'anse coupante « d'une languette de chair » ou mieux d'une baguette de bois.

Quelques règles particulières pour les opérations qu'on pratique sur la langue, le rectum, l'utérus, les polypes naso-pharyngiens, etc., complètent l'exposé opératoire de la galvano-caustie.

Enfin, de nombreuses observations (32), et trois planches lithographiées représentant : les piles et le modérateur Bœckel-Redslob, le manche des instruments galvano-caustiques de Leiter, enfin le serre-nœud seul et monté, terminent cet intéressant travail.

F. TERRIER.

Die galvanokaustische Amputation der Glieder (Amputation des membres par le galvano-cautère), par Paul BRUNS. (*Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, vol. XVI,* 1873.)

Il faut savoir gré à Bruns de la critique sévère qu'il fait d'une des plus séduisantes applications de l'électricité à la thérapeutique chirurgicale. Son travail est fait, non pour prôner l'amputation des membres par le galvano-cautère, mais pour montrer ses inconvénients en même temps que ses avantages et indiquer les cas peu nombreux où elle peut être faite avec profit.

Il commence par rappeler que cette opération n'est qu'un perfectionnement moderne de l'ancienne amputation par le cautère cultellaire. Délaissée depuis Fabrice de Hilden, cette méthode a repris un nouvel essor avec l'invention du galvano-cautère. Middeldorpf (1854), MM. Broca (*Soc. chirurgie*, 5 nov. 1856) et Sée

(d° 28 janv. 1857) indiquèrent la possibilité de son exécution, la pratiquèrent sur des animaux, sur le cadavre, sur des parties peu volumineuses. Bruns père, le premier, en 1857, désarticula l'humérus au moyen du galvano-cautère; son malade mourut d'hémorrhagie; Zsigmondy, en 1858, l'employa avec succès à une amputation de cuisse. Puis en 1870, l'opération oubliée fut reprise et exécutée 3 fois par M. Sédillot (*Gaz. hebd.* 1870) et fit le sujet de la thèse de M. Jaxa-Kwiatkowski (Strasbourg, 1870). — Depuis elle fut pratiquée 10 fois à la clinique de Tübingen (février 1872, — mars 1873), et c'est sur l'examen de ces nouvelles observations et de celles déjà publiées et résumées dans ce mémoire, que l'auteur fonde son étude.

Il commence par établir que si le galvano-cautère diminue la perte de sang pendant l'opération en coagulant le sang dans les petites artères, il ne saurait arrêter ni prévenir l'hémorrhagie des artères principales. La compression digitale doit donc toujours aider l'hémostase provisoire; l'hémostase définitive est assurée par la ligature des gros troncs. Ainsi se trouve réfutée l'opinion de Sédillot, de Middeldorpf et de Kwiatkowski, qui pensaient, malgré les résultats que leur donnait leur pratique, que la méthode galvano-caustique dispense définitivement des ligatures. Il faut même, pour que le sang venant des petites artères soit arrêté, se servir de l'anse métallique et non du cautère cultellaire. L'écoulement sanguin est d'ailleurs, dans cette opération, un danger d'autant plus grand que, refroidissant le fil, il arrête la section des tissus; aussi l'hémorrhagie veineuse en retour, causée par la constriction circulaire du fil de platine, est-elle une complication qu'il faut éviter à tout prix en établissant une compression au-dessous du point où l'on opère.

L'hémorrhagie secondaire en revanche est peu à craindre; elle n'a été observée qu'une fois sur 15 opérations, et cela après un laps de temps de 4 semaines.

Le choc paraît moins considérable; la douleur, la fièvre traumatique manquent ou sont peu intenses. En revanche, la couche protectrice formée par l'eschare ne met pas le malade à l'abri de l'infection purulente, comme le croyait Sédillot; 2 malades sur 15 succombèrent à cette complication. La guérison elle-même semble fort retardée. Enfin la technique de l'amputation est longue et compliquée, surtout pour les membres à deux os. Nous ne pouvons entrer dans l'examen des détails pratiques que donne l'auteur à ce sujet. Disons qu'il rejette les méthodes à lambeaux pour adopter la méthode circulaire en 1 ou 2 temps, avec section de l'os par la scie. — Le mémoire de Bruns contient 15 observations ainsi réparties:

Cuisse, 7;—Jambe, sus-malléolaires, 4;—Lieu d'élection, 1;— Désarticulation du bras, 1; — Amputation du bras, 1; — Phalange d'index, 1; — Mortalité, 6/15.

Après un court résumé, l'auteur conclut de la façon suivante: Le galvano-cautère ne pourra jamais remplacer l'instrument tranchant dans la pratique des amputations, et devra être réservé pour les cas où l'extrême degré d'anémie forcera de multiplier les précautions dans l'hémostase provisoire et définitive.

Un appendice relate deux nouvelles opérations d'*amputation de cuisse* par le galvano-cautère, où l'enroulement du membre avec une bande de caoutchouc a réussi à prévenir toute hémorrhagie veineuse durant l'opération. PAUL BERGER.

Examen critique des doctrines de la trépanation dans les plaies de tête, par le Dr J. BŒCKEL, chef interne et chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Strasbourg (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1873, *nos* 13-18, *juin-novembre.*)

Très en faveur auprès des membres de l'ancienne Académie de chirurgie, l'opération du trépan est tombée aujourd'hui dans un certain discrédit; et, dans la discussion qui a eu lieu à son sujet, en 1867, à la Société de chirurgie, ses partisans même en subordonnaient les indications à l'apparition des accidents cérébraux. L'École française de Strasbourg, représentée par Sédillot (Communications à la Société de chirurgie, et à la Société de médecine de Strasbourg, 1869 et 1870), E. Boeckel, Gross (Notice sur l'hôpital civil de Strasbourg pendant le siége), a pris à tâche de réhabiliter cette opération, comme moyen préventif, dans le traitement des plaies de tête : c'est indiquer l'esprit qui a présidé à la rédaction du mémoire que nous avons à analyser.

Il est fondé sur un relevé de 29 observations, dont 20 inédites.

J. Boeckel commence par établir que les fractures de la table interne sont le plus souvent mortelles : il en a été ainsi dans 9 cas. Les cas où la guérison se fait sans intervention chirurgicale seraient tout à fait exceptionnels; l'auteur en cite cependant 3; dans 2 la guérison a été consécutive à l'extraction d'esquilles. Nous ne parlons pas de deux cas de fissures simples de la voûte crânienne, qui ont guéri.

La première chose à faire est de reconnaître la fracture, et à cet effet il faut employer tous les moyens de diagnostic; le débridement de la plaie, la rugination superficielle même de l'os n'ont pas été suivis d'accidents. Quant à la trépanation explorative, elle doit être rejetée; dans le seul cas où elle a été employée, elle a été suivie de mort.

Il faut agir avant l'apparition des accidents secondaires, méningite, encéphalite, phlébite des sinus, qui surviennent générale-

ment dans le cours du second septénaire ; dans un cas, il y eut de ostéo-myélite, apparue le 28e jour. Tous les cas dans lesquels le trépan a été appliqué consécutivement après l'apparition de ces accidents ont été suivis de mort. Dans trois cas de fracture pénétrante de la voûte du crâne, dont deux avec enfoncement, sans accidents cérébraux, la trépanation pratiquée immédiatement, préventivement, a été suivie d'une guérison complète, après un mois ou six semaines.

Deux fois, la trépanation préventive a eu une issue fatale. Mais dans l'un des cas, observé à l'hôpital de Strasbourg pendant le bombardement, dans des salles encombrées, la mort eut lieu par infection purulente, abcès métastatiques du poumon, sans traces de méningite ou d'encéphalite. Dans l'autre cas, la mort survint dans le coma; à l'autopsie, on trouva, avec des lésions pyémiques, une collection purulente dans le tissu cellulaire de l'orbite, et qui avait été méconnue pendant la vie.

Dans les cas mortels, qui n'ont été l'objet d'aucune intervention chirurgicale, l'auteur croit que la trépanation préventive aurait empêché l'apparition des accidents mortels. Il est cependant une observation, entre autres, où l'on trouva à l'autopsie, outre un abcès du lobe antérieur du cerveau, voisin de la fracture, un foyer de ramollissement par contre-coup du lobe postérieur.

En résumé, J. Boeckel conclut que toute fracture de la table interne, reconnue ou soupçonnée avec quelque vraisemblance, exige le relèvement du fragment enfoncé ou l'extraction des esquilles, et partant l'application du trépan, à moins que le trou de la fracture en tienne lieu. L'opération n'est contre-indiquée que dans les cas où, malgré une dénudation plus ou moins étendue de l'os, la table externe est restée intacte, et où il n'existe pas d'accidents cérébraux graves pouvant être rapportés à une fracture de la lame vitrée; et dans les cas où soit le délabrement trop étendu, soit l'âge du malade font craindre une mort à peu près certaine.

H. THORENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Des accidents tardifs dans l'anesthésie chirurgicale, par Pierre DE LA-ROCHE-AULION. (*Thèse de Doctorat, Paris*, 1873, *in*-4°, 40 *pages*.)

Les accidents dont il est traité dans cette thèse ont été encore peu étudiés. Ils ont cependant été signalés dès 1849 par M. Jules Guérin, et M. Rochet en a rapporté plusieurs exemples dans sa thèse, en 1870. Mais c'est surtout M. Richet qui les a observés et rattachés à leur cause probable.

Ces accidents débutent en général douze, dix-huit, vingt-quatre heures après l'anesthésie par le chloroforme. Ils se prolongent parfois durant huit, dix et même quinze jours et peuvent se terminer par la mort à cette date éloignée du début. Ils consistent en des *troubles respiratoires* et une *dyspnée* plus ou moins intenses. Les symptômes locaux du côté des poumons sont souvent peu marqués et remarquables par leur mobilité; mais l'état général présente ordinairement une grande gravité.

On ne peut attribuer ces accidents à un effet d'irritation directe des bronches par les vapeurs chloroformiques. Il est plus rationnel d'admettre qu'ils sont dus à une action de l'anesthésique sur les nerfs soit à leur origine centrale, dans le bulbe, soit à leur extrémité périphérique. Cette action, en se prolongeant, amènerait la paralysie des fibres musculaires bronchiques (muscles de Reissessen). Telle est l'hypothèse adoptée par l'auteur.

Il rapporte ensuite sept observations. Les trois premières sont des exemples d'accidents non suivis de mort; deux sont empruntées à la thèse de Rochet; l'autre est inédite et recueillie dans le service de M. Richet.

Des quatre cas de mort survenus à la suite de ces accidents, le premier a été publié par la *Gazette des hôpitaux* en 1847, page 148; le deuxième est mentionné brièvement dans la *Gazetta Lombardia* de 1848; le troisième et le quatrième sont dus à M. Richet.

Le traitement proposé par l'auteur, mais non encore essayé, consisterait à appliquer les rhéophores d'un appareil d'induction à la région dorsale du thorax, dans le but d'agir sur les fibres musculaires paralysées des bronches. Les rhéophores seraient écartés l'un de l'autre de 5 à 20 centimètres et promenés à la surface de la peau. On devrait débuter par l'emploi de courants faibles. Dans des cas analogues, Duchenne (de Boulogne) a vu ce moyen agir efficacement pour débarrasser les bronches des mucosités qui les obstruent. E. DELENS.

Death from the inhalation of ether (Mort par inhalation de l'éther). (*The Lancet*, 18 *oct.* 1873, *II*, *p.* 573.)

Le cas de mort qu'enregistre le journal anglais s'est produit à *Royal South Hants Infirmary*, à Southampton, le 1er octobre 1873. C'est le premier cas de mort par l'éther observé en Angleterre depuis la réintroduc-

tion de cet anesthésique. Le malade était un jeune garçon de quatorze ans, scrofuleux, soumis à une opération nécessitée par la présence d'une opacité de la cornée.

Une assez grande quantité d'éther paraît avoir été employée, et au moment de l'opération le pouls devint incertain. On cessa l'inhalation et le pouls remonta; l'opération fut pratiquée sans qu'on continuât l'anesthésie. Immédiatement après l'opération, le pouls et la respiration cessèrent à la fois. On employa les moyens propres à les rappeler et d'abord avec quelque succès; mais la mort, néanmoins, survint en quelques minutes. L'autopsie n'apprit rien. L'éther avait été administré à l'aide d'un inhalateur conique. C'est le premier cas de mort survenu dans l'établissement où, depuis vingt-quatre ans, le chloroforme a été administré, souvent plusieurs fois par jour. E. D.

Ueber künstliche Blutleere bei Operationen (De l'anémie artificielle des membres dans les opérations), par F. ESMARCH. (*Sammlung klinischer Vortræge de Volkmann*, *n*° 58.)

On a déjà signalé dans ce recueil la méthode d'Esmarch et décrit le manuel opératoire qu'il recommande (voir R. S. M., t. II, p. 992).

Dans cette leçon, Esmarch s'occupe de différents points laissés de côté par Billroth. Dans les opérations où on n'a pas à redouter d'hémorrhagie secondaire, Esmarch n'enlève le tube compresseur que lorsqu'il a fini de panser la partie opérée, et de cette manière ne répand pas une goutte de sang. Dans les amputations et les grandes résections il enlève le compresseur après avoir lié les vaisseaux reconnaissables à l'œil nu; et le sang qui se précipite alors dans les vaisseaux permet de reconnaître et de lier avec facilité les artérioles moins considérables.

Esmarch emploie aussi son procédé pour empêcher l'afflux sanguin aux parties génitales chez l'homme. Il suffit pour l'amputation de la verge ou la castration d'entourer en masse à leur racine le scrotum et la verge d'un même tube en caoutchouc qui croisé sur le pénil va s'attacher en arrière sur le sacrum; on peut encore faire la ligature uniquement sur la verge au moyen d'un simple tube à drainage.

Depuis le commencement de l'année jusqu'au 15 août 1873, Esmarch a employé son procédé 87 fois sur un total de 329 opérations. Même après des opérations où la circulation avait été suspendue plus d'une heure, il n'a pas vu survenir le moindre accident consécutif. Sur ces 87 cas il y avait 6 amputations de cuisse, 8 de jambe, 1 désarticulation de l'épaule, 8 résections, 13 séquestrotomies.

De ces 87 malades, 4 seulement sont morts, et la plupart des moignons se sont, dit Esmarch, guéris par première intention et presque sans fièvre traumatique. EXCHAQUET.

An improvement on Esmarch's elastic bandage (Perfectionnement du bandage élastique d'Esmarch), par W. HARRISON CRIPPS. (*The Lancet*, 11 *oct*. 1873, *II*, *p*. 520.)

Le moyen employé par Cripps est le suivant : les deux bouts d'un tube de caoutchouc de 55 centimètres de longueur et de 9 à 10 millimètres de

diamètre sont liés ensemble de manière à former un anneau élastique d'environ 18 centimètres de diamètre. Pour appliquer cet anneau élastique au membre supérieur, on l'enroule trois ou quatre fois autour de la main de manière à rapprocher le pouce et les doigts, en ayant soin que les tours successifs s'enroulent régulièrement sans se croiser. On prend alors un dévidoir à gorge et à double poignée (*a grooved reel revolving between a double handle*) que l'on passe au-dessous de la portion du tube qui réunit le premier tour au dernier. Ce petit instrument, qui nous paraît susceptible d'être remplacé par un simple cylindre de bois de la grosseur du pouce, sert à pratiquer l'enroulement du tube de caoutchouc autour du membre. Il suffit de lui faire décrire une série de révolutions parallèlement à l'axe du membre en le maintenant à une certaine distance de la surface de ce dernier, pour faire cheminer les tours du tube jusqu'à la hauteur voulue. La constriction est d'autant plus forte que l'on écarte davantage le bâtonnet du membre en enroulant le tube.

Une figure, jointe à la note de Cripps, donne, mieux que la description, une idée nette de cette manœuvre très-simple.

Pour enlever le tube, on peut le dérouler en sens inverse ; il est plus simple de séparer d'un coup de ciseaux ses deux extrémités. E. D.

Bloodless operations (Sur les opérations sans effusion de sang), lettre de John Eric ERICHSEN. (*The Lancet*, 18 *oct.* 1873, *II*, *p.* 576.)

Erichsen réclame pour un chirurgien anglais, M. Clover, le mérite d'avoir le premier employé le moyen préconisé aujourd'hui par le professeur Esmarch pour pratiquer sur les membres les opérations sans effusion de sang. Clover a fait, le 9 juin 1852, une amputation de la cuisse sur un homme de 50 ans, après avoir appliqué depuis les orteils jusqu'à la racine du membre un bandage très-serré, puis un tourniquet au-dessus du bandage qu'il enleva. La perte de sang fut presque nulle et la guérison rapide.

Erichsen a consigné ce procédé dans les trois dernières éditions de son ouvrage : *Science and Art of Surgery* (édition de 1864, p. 19). Il considère l'application du tourniquet comme plus sûre que celle d'un lien de caoutchouc. Il fait remarquer que la simple élévation dans la position verticale, aidée de quelques frictions douces de la périphérie vers la racine du membre, suffit pour faire refluer la plus grande partie du sang vers le tronc, avant l'application du tourniquet. Ce moyen est fort employé à *University College Hospital*, à Édimbourg, et tout dernièrement M. Berkeley Hill s'en est servi pour pratiquer une amputation de cuisse au tiers inférieur.

Le mérite d'Esmarch est d'avoir étendu ce moyen à d'autres opérations que les amputations. E. D.

Ueber elastische Ligatur, par DITTEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 38.)

Dans une séance de la Société des médecins de Vienne (7 février 1873) l'auteur a préconisé l'emploi de la *ligature élastique* dans le traitement

des télangiectasies, des fistules et du prolapsus de l'anus, du cancer du sein et pour les ligatures d'artères. La première idée de cette méthode (sur laquelle le compte rendu ne donne pas d'autres renseignements) lui vint à propos du fait très-curieux que voici : En mars 1872, on amena dans son service une jeune fille de 11 ans qui se plaignait de maux de tête ; en l'examinant, on reconnut l'existence, tout autour du crâne, d'une plaie suppurante, du fond de laquelle on parvint à retirer le cordon élastique d'une résille. L'enfant mourut quinze jours après, de méningite ; à l'autopsie, non-seulement les parties molles du crâne mais aussi les os se trouvaient sectionnés comme par une scie bien acérée.

Dans la séance suivante, Weinlechner a émis l'avis que la méthode de ligature élastique, qui n'offre aucun avantage spécial quand il s'agit de petites masses, est réellement supérieure à la ligature ordinaire lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs considérables. J. B.

A proposito d'una memoria del prof. Dittel sulla ligatura elastica in chirurgia (A propos d'un mémoire du prof. Dittel sur la ligature élastique en chirurgie), note du prof. T. VANZETTI. (*Gaz. med. ital. Provincie venete,* 1873, *n*° 23; *Rivista di med., di chir., e di terap., Milan,* 1873, 15 *et* 31 *juillet.*)

Le professeur Vanzetti revendique en faveur du docteur Grandesso Silvestri l'idée première de se servir des ligatures élastiques. Ce dernier auteur publia en 1862 un travail sur ce sujet ainsi intitulé : *Sull'uso della gomma elastica nelle ligature chirurgiche.* — (*In Gazzetta med. ital. prov. Venete*, 1862, p. 278.)

Ce travail, dit le professeur Vanzetti, porte les conclusions suivantes :

« 1° Dans les ligatures chirurgicales, la gomme élastique peut rendre de grands services ; elle est même, à certains points de vue, préférable aux lacs ordinaires.

« 2° Elle met sûrement à l'abri des hémorrhagies.

« 3° Elle laisse une cicatrice lisse, égale et parfaite supérieure peut-être en cela à celle obtenue par tout autre moyen.

« 4° Le temps employé à la destruction des tumeurs, n'est pas plus considérable que celui qu'exigent les autres moyens (excepté le couteau et, de nos jours, l'écraseur linéaire et la galvano-caustique), parce qu'on obtient du même coup et la section des tissus et la cicatrice. De même la douleur n'est pas plus grande que celle que causent les autres ligatures.

« 5° Bien que ce moyen ne soit pas supérieur à certains autres et particulièrement au meilleur de tous, c'est-à-dire à l'emploi du tranchant, il importe de remarquer que la pratique a besoin de la multiplicité des moyens, sinon pour atteindre son but, au moins pour s'accommoder à ces cas particuliers dans lesquels les malades montrent une répugnance insurmontable pour tout apparat d'instruments de chirurgie. »

Un an après, ajoute le professeur Vanzetti, Richard, d'après le conseil de Trousseau (*Gazette des hôpitaux*, 30 juin 1863), expérimentait ce mode spécial de ligature dans des cas divers.

Le docteur Ciniselli, dit-il encore, employa la même méthode un an après (*Ann. univ. de méd.*, mai 1864).

Puis, en 1871, Grandesso Silvestri lui-même dans un second écrit mit en relief les points suivants :

« 1° Au moyen de la ligature élastique les artères et les veines restent oblitérées sans que l'inflammation se propage au delà du point lié.

« 2° Dans les opérations par la méthode circulaire, la ligature élastique des artères fournit deux avantages : de pouvoir, tout d'abord, pratiquer impunément la ligature en masse, et d'éviter ensuite le tétanos, parce que si la ligature a saisi quelque filet nerveux, celui-ci se trouve écrasé, non douloureux et plus tard excisé.

« 3° Une telle méthode sert admirablement dans le traitement radical des varices, parce que dans ce cas avec un porte-aiguilles et un fil élastique on peut obtenir un meilleur effet qu'avec l'écraseur de Chassaignac.

« 4° La simplicité des moyens et des instruments doit servir précisément à faire généraliser la méthode.

« 5° Aucun tissu, y compris le tissu osseux, ne résiste à l'action incessante et progressive de la gomme élastique. »

Enfin, continuant son œuvre de revendication, le professeur Vanzetti indique que dans les *Cenni storici sulla R. Universita di Padova, con notizie sommarie sopra i suoi instituti scientifici*, récemment publiés, il est rapporté que, dans le but d'éviter autant que possible les opérations sanglantes, sinon l'emploi du couteau, on emploie la ligature élastique, et cela depuis l'année 1862. BARÉTY.

Operation for removal of the female breast by means of indiarubber ligatures (Ablation du sein chez la femme au moyen de ligatures de caoutchouc), par sir Henry THOMPSON. (*Med. Times and Gaz.*, 29 *nov.* 1873, *II, p.* 606.)

Le vendredi 21 novembre, sir H. Thompson a pratiqué une amputation du sein, par un procédé nouveau que lui a fait connaître, à Vienne, le professeur Dittel. Ce dernier chirurgien qui, depuis quelque temps, l'a appliqué plus de deux cents fois pour l'ablation de tumeurs du sein, pour l'enlèvement du testicule et même pour l'amputation des membres ou l'opération de fistules à l'anus, a été conduit à l'emploi de ce moyen par l'accident suivant dont il a été témoin. Une jeune fille à laquelle sa belle-mère faisait de constants reproches pour la négligence qu'elle apportait dans le soin de sa chevelure eut l'idée de s'entourer la tête d'un filet élastique très-serré qu'elle portait le jour et la nuit depuis quelques semaines, lorsqu'on s'aperçut que *les fils élastiques du réseau s'étaient creusé une voie à travers le cuir chevelu et les os du crâne et étaient en contact avec les méninges.* La jeune fille mourait de méningite lorsque Dittel fut appelé à la voir. C'est depuis cette époque qu'il a songé à utiliser la grande puissance des liens de caoutchouc et tenté de s'en servir dans certaines opérations à la place du bistouri.

La malade de sir H. Thompson, âgée de cinquante-trois ans environ, portait depuis dix ans, dans le sein droit, une tumeur qui était apparue au voisinage du mamelon. Au moment de l'opération elle présentait le volume d'une grosse orange, était ulcérée à sa surface, pendait un peu et était mobile sur les tissus sous-jacents. Après avoir donné le chloroforme, sir H. Thompson attira la mamelle en avant et, avec une longue et forte aiguille de Liston un peu recourbée, traversa le tissu cellulaire sous-mammaire. Un long tube de caoutchouc très-élastique, de la grosseur d'une grosse ficelle à fouet, fut engagé dans le chas de l'aiguille ainsi

qu'un long fil de soie. L'aiguille fut ensuite retirée et le lien élastique coupé en deux. Chaque moitié servit à embrasser la moitié correspondante de la mamelle avec la peau, et fut nouée fortement. Le nœud élastique fut ensuite fixé solidement par une ligature de soie nouée par-dessus lui, et un second nœud élastique fut assujetti de la même manière.

Le fil de soie qui avait été passé avec le tube de caoutchouc fut alors retiré. Il ne devait servir que dans le cas où l'un des liens de caoutchouc se fût brisé ; il eût permis de le remplacer immédiatement par un autre tube.

Le temps qui sera vraisemblablement nécessaire pour la séparation complète de la mamelle est de huit à neuf jours. La douleur pendant cette période est habituellement insignifiante. Quelquefois elle se montre pendant un jour ou deux. Chez la malade de sir H. Thompson, la douleur légère ressentie après la cessation de l'anesthésie a disparu au bout de vingt minutes.

Dans le même numéro du *Medical Times*, nous trouvons quelques autres détails sur ce mode opératoire (*Indiarubber ligatures and their use in surgery*, p. 607). L'auteur anonyme rappelle que l'élasticité du caoutchouc a été déjà utilisée en Angleterre par Henri Lee, pour le traitement des varices. Il emploie soit la suture entortillée avec un fil de caoutchouc, soit un simple morceau de caoutchouc traversé par une épingle. Bryant a souvent, depuis 1863, enlevé de petites tumeurs pédiculées des membres au moyen de cordons de caoutchouc. En outre, depuis quatre ou cinq ans, Lee s'est servi de petites ligatures de caoutchouc pour l'ablation des hémorroïdes. A Saint-George's Hospital, le même moyen est employé pour les tumeurs érectiles.

Enfin en 1870, à Middlesex Hospital, Hulke a traité un individu qui, peu de temps auparavant, avait subi à Saint-George's Hospital l'ablation d'une tumeur du cou « par une nouvelle méthode, » qui avait consisté à étrangler la tumeur avec un lien de caoutchouc après avoir passé des épingles en arrière de la base, pour maintenir l'anneau élastique. Cette observation est donnée en entier dans le même numéro du *Medical Times*, page 607. Le malade eut, plusieurs mois après, des hémorrhagies qui l'obligèrent à entrer à Middlesex Hospital, et Hulke fut obligé d'en venir à la ligature de la carotide primitive, qui n'empêcha pas le malade de succomber.

On trouve encore à la page 114 du tome IV de *Clinical society's Transactions* un mémoire lu par Henri Lee, le 10 mars 1871, dans lequel est rapportée l'ablation d'un cancer de la langue à l'aide d'une ligature élastique placée à la base de l'organe. Mais, jusqu'à ce jour, ce moyen n'avait pas été employé en Angleterre pour l'ablation des tumeurs du sein.

Les avantages attribués à ce mode de ligature par Dittel sont la suppression de l'instrument tranchant, dont l'idée effraye tant les malades, et la diminution des chances d'infection purulente. Ce dernier point mériterait une démonstration plus complète. Pour ce qui est de l'application de ce procédé à l'amputation des membres, il paraît y avoir de sérieuses raisons pour la rejeter.

E. DELENS.

Beiträge zu den Resectionen (Contributions à l'étude des résections), par A. BRYK. (*Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurg., XVe vol., 2e fasc., p.* 199 *et* 3e *fasc., p.* 487, 1873.)

Ce travail important et considérable échappe presque complétement à l'analyse, car son intérêt principal réside dans les statistiques et les observations minutieuses qu'il renferme.

Les cas relatés par l'auteur, au nombre de 70, sont ainsi répartis :

Au point de vue de la cause, 7 fois le traumatisme, 40 fois une inflammation grave des articulations, 23 fois l'existence de néoplasmes indiquèrent l'opération. 18 de ces cas furent suivis de mort, dont 7 par récidive du cancer ; les autres se terminèrent par la guérison, mais 2 fois on dut avoir recours à l'amputation secondaire. Voici en abrégé sommaire la statistique de Bryk :

Résection du maxillaire supérieur : 6 cas; 1 mort et 5 guérisons. L'ostéosarcômie fut presque toujours la cause de l'opération. *Maxillaire inférieur :* 22 cas, 17 succès, 5 morts; 14 fois pour sarcôme ou cancer, 4 fois pour nécrose phosphorée, 1 fois pour nécrose simple; dans le reste des cas, pour nécrose compliquée d'ankylose cicatricielle. *Coude :* 4 cas, 4 guérisons, 2 pour tumeurs blanche et carie, 2 pour des ankyloses dans l'extension. *Carpe :* 1 cas pour carie, suivi de guérison. *Articulation métacarpophalangienne du pouce :* 1 cas pour luxation compliquée, guérison. *Articulation coxofémorale :* 3 cas suivis de mort; 1 pour luxation, fracture du col du fémur et nécrose de la tête, 2 pour coxalgie. *Genou :* 11 cas, ayant fourni 8 guérisons et 3 morts. Causes, 9 fois des tumeurs blanches, 1 fois une ankylose à angle droit, 1 nécrose centrale du tibia. *Tarse, métatarse, orteil, articulation tibio-tarsienne :* 9 cas, 9 guérisons; 5 fois pour carie, 3 fois pour nécrose, 1 fois pour fracture articulaire compliquée du tibia. *Résections dans la continuité des os :* 13 cas très-variés ayant fourni 3 morts.

Non-seulement l'auteur entre dans de longs détails à propos de chaque observation, mais il compare ses statistiques à celles qui ont paru sur ce sujet et donne un jugement motivé des indications et des contre-indications de chaque espèce de résection pour chaque cas particulier. On peut recommander la lecture de son paragraphe sur la résection de la hanche et de celui qui concerne la résection du genou; mais on regrette, en parcourant ce travail, l'absence de conclusions, que, par un scrupule très-respectable, l'auteur n'a pas voulu tirer d'un nombre de faits, suivant lui, trop restreint.

PAUL BERGER.

Ueber die Endresultate der Ellbogengelenksresection (Des résultats définitifs de la résection du coude), par A. HUGELSHOFER. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, n^os* 1 *et* 2, *sept.* 1873.)

Ce mémoire repose sur une série de onze cas de résection totale du coude, pratiquée par Socin à l'hôpital de Bâle, de 1865 à 1872. Sur 8 cas, où l'opération fut nécessitée par une arthrite fongueuse de l'articulation,

il y eut 1 mort par pyémie, 1 mort par phthisie pulmonaire ; dans 1 cas, il y eut lieu à pratiquer secondairement l'amputation du bras, pour tumeur blanche suppurée du poignet développée après la résection du coude.

Dans deux observations, des mouvements limités sont signalés, mais à une époque très-voisine de l'opération. Dans une autre, 13 mois après l'opération, les mouvements de flexion et d'extension sont conservés ; il n'y a pas de mouvements de latéralité. Chez une petite fille, opérée à l'âge de 9 ans, on trouve 3 ans plus tard les mouvements du coude très-limités, les extrémités de l'humérus et des os de l'avant-bras forment un angle saillant en arrière ; l'humérus présente deux saillies, entre lesquelles est une saillie du cubitus, analogue à l'olécrane.

Enfin, chez un homme de 35 ans, 6 ans après l'opération, on constate une atrophie générale du membre ; les os de l'avant-bras sont remontés d'environ un pouce sur la face interne de l'humérus, une forte traction permet de les réduire. Cependant le membre a conservé une assez grande force, le malade peut tenir une chaise horizontalement, à bras tendu. L'extension est plus étendue qu'à l'état normal ; la flexion est limitée ; les mouvements de pronation et de supination sont conservés.

Dans un cas, la résection fut faite pour une ankylose du coude, à angle obtus, suite d'arthrite déformante. 5 ans après l'opération, il y a atrophie du membre avec ankylose incomplète, à angle droit, mais n'empêchant pas le malade de se livrer à des travaux assez pénibles.

Deux fois la résection fut pratiquée pour des traumatismes du coude : dans un cas à la suite de coup de feu ; la guérison était incomplète quand le malade a quitté l'hôpital et il n'a plus été revu ; dans l'autre cas, 5 ans après l'opération, la région est peu difforme, l'olécrâne seul fait défaut. L'extension est possible, la flexion limitée, ne dépassant guère l'angle droit, la pronation et la supination limitées à 90° ; le blessé peut soulever un poids de 50 kilogr. avec le bras.

A ces observations est jointe une revue de plusieurs statistiques, presque toutes allemandes, sur cette opération.

L'auteur en conclut qu'au point de vue de la mortalité, la résection du coude est moins daugereuse que l'amputation du bras ou que le traitement purement conservatif.

Quant à ce qui est des fonctions du membre opéré, dans la grande majorité des cas, les mouvements actifs du coude sont conservés, mais plus ou moins limités, et le membre peut encore rendre des services importants. Dans un certain nombre de cas, il y a guérison par ankylose. Dans un certain nombre d'autres, il se forme entre les os du bras et de l'avant-bras une articulation trop lâche, le membre perd de la force et de la précision dans ses mouvements. Quelquefois, mais rarement, il y a diminution considérable ou même perte des mouvements des doigts et de la main.

H. THORENS.

Nouvelles observations de résections sous-périostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide et l'activité de l'extension par les contractions du triceps), par **OLLIER et PONCET.** (*Gaz. des hôp.*, 1018, *etc.*)

Ces deux observations viennent prouver une fois de plus l'excellence des résections sous-capsulo-périostées du coude. Elle prouvent qu'une pseudarthrose du type de l'articulation primitive se produit et que les fonctions actives et passives de cette articulation nouvelle s'accomplissent presque aussi bien que du côté sain. Mais elles ne démontrent pas qu'il y ait à proprement parler reproduction des extrémités articulaires. Il ne faut pas croire non plus que le procédé d'Ollier puisse *seul* conserver l'extension active de l'avant-bras. (V. *Revue des Sc. méd.*, t. I, p. 959.)

L.-H. F.

Sur les amputations à lambeaux périostiques, par le Dr **Léon TRIPIER** ; **communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, session de 1873, Lyon.** (*Gaz. hebd.*, 5 *sept.*)

Dans une précédente communication faite au Congrès de Lyon et intitulée « De la reproduction des extrémités articulaires des os longs après les amputations, » M. Tripier avait cherché à démontrer qu'on pouvait, après les désarticulations, en se plaçant dans des conditions convenables, réséquer les têtes osseuses et en obtenir d'autres ayant absolument le même type. Jusqu'à présent ses recherches n'avaient porté que sur la désarticulation du genou, et elles avaient donné un résultat des plus complets. A la suite d'une série d'expériences, M. Tripier est arrivé à formuler une méthode opératoire des mieux réglées pour la désarticulation du coude, et dont le résultat n'est pas moins satisfaisant. Non-seulement il a obtenu la régénération osseuse, mais la forme et la longueur sont si exactement reproduites « qu'on pourrait, dit l'auteur, contester que j'aie enlevé 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

Son procédé opératoire comporte six temps principaux :

1° Désarticulation du coude à lambeau antérieur;

2° Décollement du périoste et de toutes les parties fibro-tendineuses, à partir des surfaces articulaires jusqu'à 3 centimètres au-dessous du bord interne de la trochlée;

3° Section de l'os;

4° Suture à points coupés de la gaîne synoviale du triceps (fils métalliques capillaires);

5° Rapprochement par suture sur la ligne médiane et d'avant en arrière de la gaîne périostique;

6° Rapprochement semblable des deux lambeaux cutanés.

De grands ménagements sont nécessaires pour enlever exactement tous les tissus adhérents à l'os, et d'autre part pour éviter les déchirures et le décollement de la gaîne périostique.

Le cinquième temps est un des plus délicats, car le chirurgien façonne en quelque sorte le moule de la partie à reproduire.

L'auteur propose comme perfectionnement de l'opération la suture du tendon du triceps à la partie moyenne du grand lambeau, pour éviter la rétraction du tendon et assurer la fixation du lambeau à la partie postérieure du membre.

Dans cette opération, les insertions musculaires conservent leurs rapports exacts et le moignon est bien matelassé. On a donc, par ce moyen, tous les avantages de la désarticulation, sans en avoir les inconvénients. A. CARTAZ.

Zur Casuistik der Osteotomie (Cas d'ostéotomie), par Ed. V. WAHL, de St.-Pétersburg. (*Deutsch. Zeitschrift für Chirurgie, III, nos 1 et 2, sept.* 1873.)

Dans ce mémoire, Ed. von Wahl expose les résultats obtenus dans quatre cas par l'ostéotomie appliquée au traitement des courbures rachitiques des os de la jambe. Il fait au niveau de l'os une incision longitudinale, de 5 centimètres au plus, décolle le périoste, puis, avec un ciseau de sculpteur, enlève un demi-anneau de la substance compacte, ayant de 5 à 8 millimètres de hauteur, et prend soin de ne point intéresser la cavité médullaire ; puis, avec les mains, il fracture l'os dans la direction qu'il veut obtenir. Dans les cas cités, l'opération n'a eu aucune suite fâcheuse, bien que, dans un des cas, il survint une rougeole pendant le cours de la guérison de la fracture ; dans un des cas, l'auteur pratiqua en une même séance l'ostéotomie du tibia, à son extrémité supérieure et à son extrémité inférieure, et celle du péroné du même côté.

Les résultats, avoue l'auteur, ne sont cependant pas assez brillants au point de vue esthétique pour que l'opération puisse être entreprise autrement que dans des cas de difformité très-prononcée. Elle convient surtout chez les individus affectés d'un genou valgus très-marqué d'un côté, avec courbure considérable du tibia du côté opposé : on ne peut, dans ces cas, maintenir le genou dans une bonne position qu'à la condition de redresser également le membre du côté opposé, ce à quoi l'on ne peut guère parvenir sans ostéotomie. H. THORENS.

Étude sur les pseudarthroses, par J. ROY DE CLOTTE. (*Thèse inaug., Paris*, 1873.)

Cette thèse commence par quelques développements sur le mode de formation des pseudarthroses et sur leurs causes générales ou locales. Celles-ci auraient une prépondérance très-grande sur les secondes et pourraient se ramener à trois groupes : l'écartement des fragments, leur bilité incessante, l'interposition entre eux de parties molles.

Après avoir distingué des pseudarthroses vraies le simple retard de consolidation qui guérit par le repos prolongé et les appareils bien faits, l'auteur passe en revue les moyens de traitement qu'on leur oppose, et envisage leur application aux pseudarthroses fibreuses, aux pseudo-diar-

throses, et aux pseudarthroses flottantes. Un historique assez complet accompagne chaque paragraphe.

De ces moyens, les uns sont peu graves: applicables seulement aux deux premières classes de pseudarthroses, ils échouent souvent dans ces cas eux-même ; ce sont les frottements, l'acupuncture, les injections irritantes, les perforations sous-cutanées. — La résection répond d'une façon complète aux indications que les méthodes précédentes ne peuvent remplir surtout quand on y joint la suture osseuse; mais c'est une opération trop sérieuse, surtout appliquée à la cuisse, et l'auteur pense que mieux vaudrait alors laisser au malade son infirmité que de lui faire subir des chances sérieuses de mort. Roy préconise surtout le procédé de M. Denucé, son oncle, qui n'est au bout du compte qu'une modification du séton avec rugination des extrémités. Une forte aiguille à séton, portée sur un manche et pourvue d'une double rangée de dents, comme la scie de Larrey, est introduite entre les fragments, le membre ayant été préalablement immobilisé dans un appareil qui, s'ouvrant en valve, permet de découvrir le siége de la fracture. On rugine, au moyen de la scie, les fragments osseux et on passe entre eux le séton en retirant l'instrument. A l'appui de son opinion l'auteur cite quatre observations de pseudarthroses traitées par ce procédé et dont trois furent guéries complétement; une de guérison spontanée, dans un cas où le séton avait été inutile; une de guérison par les douches; une de cautérisation des extrémités osseuses; une de résection; une où le traitement spécifique fut employé sans succès ; deux cas guéris par la friction des fragments; un où la cure suivit l'accouchement ; une observation sans traitement. R. de C., qui est de Bordeaux, par une étrange coïncidence, n'a presque eu à noter dans sa petite statistique que des succès à Bordeaux et des insuccès à Paris. PAUL BERGER.

Lectures on the treatment of aneurism in its various forms (Leçons sur le traitement de l'anévrysme dans ses différentes formes), par Timothy HOLMES. (*The Lancet*, 14 *juin*, *I*, *p.* 831 ; *id.*, 21 *juin*, *I*, *p.* 867.)

Dans une série d'importantes leçons faites au Royal college of Surgeons, T. Holmes étudie dans tous ses détails la question du traitement chirurgical des anévrysmes et, d'une manière générale, donne la préférence à la compression, qui offre de moindres dangers que la ligature.

Dans l'impossibilité où nous sommes de résumer ce long travail, nous reproduisons ici les conclusions que T. Holmes a posées dès sa première leçon :

1. — La supériorité de la méthode moderne de ligature avec le fil de boyau (catgut) coupé au ras de l'artère et abandonné dans la plaie ne doit pas faire rejeter l'emploi de la compression.

2. — Il y a des formes d'anévrysmes de la carotide facilement curables par la compression, et la compression de cette artère, quoique difficile et douloureuse, au premier moment, peut souvent donner des succès, grâce à la persévérance du chirurgien et du malade. Pour ces raisons, la ligature de la carotide, qui jusqu'ici a été souvent fatale, doit être autant que possible évitée.

3. — Quand la ligature de la carotide devient nécessaire, il peut souvent

être indiqué de vider le sac de son contenu et de lier le bout périphérique de l'artère.

4. — L'opération de Brasdor pour la carotide, quoique très-rarement indiquée, repose, cependant, sur des principes anatomiques et chirurgicaux exacts.

5. — Les anévrysmes traumatiques et les blessures de l'artère vertébrale sont souvent confondus avec les lésions de la carotide, mais doivent en être distingués et peuvent, très-probablement, être traités avec succès par la compression ou par l'opération ancienne.

6. — Sous le nom d'anévrysme de l'orbite, il semble qu'on ait compris plusieurs affections distinctes. Quelques-unes de ces affections paraissent être spontanément curables ou avoir peu de tendance vers une terminaison fatale, et les autres sont très-probablement souvent curables par des moyens moins périlleux que la ligature de la carotide, qui devra conséquemment être évitée dans cette maladie aussi longtemps que possible.

7. — Il est possible qu'on arrive, dans des cas rares, à diagnostiquer et à traiter avec succès des anévrysmes intra-crâniens.

8. — L'anévrysme artério-veineux, au cou, est ordinairement, mais non toujours, dépourvu de dangers.

9. — Il y a des cas nombreux d'anévrysme axillaire curables par la compression, et l'on connaît déjà un bon nombre d'exemples de guérison. D'un autre côté, la ligature de la sous-clavière est une opération très-souvent mortelle, et d'autant plus que l'anévrysme remonte plus haut.

10. — Bien que Syme semble avoir été dans l'erreur en disant que l'opération ancienne est généralement préférable à la ligature par la méthode de Hunter, pour l'anévrysme de l'axillaire, cependant, il y a des cas d'affection, et plus rarement d'anévrysme de cette artère, dans lesquels un chirurgien peut avoir raison de préférer la première de ces opérations. Mais il doit toujours avoir présente à l'esprit, néanmoins, la nécessité possible de l'amputation.

11. — La malaxation (manipulation) ou quelque autre mode de traitement local peut, parfois, être employée avec succès dans certains cas d'anévrysme axillaire, mais jusqu'ici nous n'avons pas sur ce point d'expérience suffisante.

12. — L'anévrysme de l'humérale, traumatique ou spontané, ainsi que les mêmes anévrysmes siégeant au-dessous du pli du coude, peuvent être ordinairement traités avec succès, en l'absence de maladie du cœur qui, il est vrai, complique souvent la forme spontanée de ces anévrysmes.

13. — L'anévrysme artério-veineux du pli du coude est aujourd'hui devenu justiciable de la compression digitale convenablement appliquée.

E. D.

A new operation for aneurism (Nouvelle opération pour l'anévrysme), par R. J. LEVIS. (*Philadelphia medical Times*, 25 *oct.* 1873, *IV*, *p.* 58; *id.*, *p.* 53.)

Un homme de 41 ans, admis à Pennsylvania Hospital dans le service de R.-J. Levis, présentait un volumineux anévrysme de la sous-clavière droite qui n'avait été reconnu que trois semaines auparavant, au moment où cet individu s'était présenté à l'hôpital. Depuis neuf mois il se plaignait de douleurs dans le côté droit de la poitrine et dans le bras, et la déformation en massue des doigts de la main droite montrait que la tumeur agissait depuis longtemps sur le membre en gênant la circulation en retour.

Les signes de l'anévrysme étaient évidents, mais on ne pouvait déterminer exactement si la tumeur s'étendait seulement à l'artère sous-clavière ou si elle se prolongeait sur l'axillaire. Mais elle occupait évidemment toute l'artère sous-clavière et peut-être y avait-il dilatation du tronc brachio-céphalique, bien que la carotide primitive parût normale.

Considérant la compression comme impossible dans ce cas, et la ligature par la méthode de Brasdor comme dangereuse en raison des altérations athéromateuses qui pouvaient exister sur l'axillaire, Levis a eu recours à un moyen nouveau pour provoquer la formation de caillots dans la poche. Ce moyen consiste à *introduire dans la cavité de l'anévrysme, à travers un tube capillaire, un certain nombre de crins* (*horse-hairs*), les uns après les autres. Levis pense que ces crins, qui ne subissent que lentement la décomposition et, comme le fil de boyau, ne déterminent ni irritation ni suppuration dans les tissus vivants, sont capables d'opposer au courant sanguin un obstacle suffisant pour donner lieu à la formation de caillots.

Charles H. Moore, chirurgien de Middlesex Hospital, avait essayé dans le même but l'introduction dans le sac anévrysmal d'un fil de fer. Mais Donville et Murray, en Angleterre, ont dans deux cas essayé sans succès ce mode de traitement.

L'opération imaginée par Levis a été pratiquée à Pennsylvania Hospital, le 13 octobre 1873. Les crins ont été introduits à l'aide d'une fine aiguille tubulée plongée dans le sac. *Vingt-quatre pieds neuf pouces* de crin ont été, sans difficulté, poussés dans la poche. Selon toute probabilité, cette masse a été en grande partie entraînée par le courant sanguin vers la portion périphérique de l'anévrysme. Quoi qu'il en soit, les battements de la tumeur ont diminué d'une manière marquée, ainsi que le pouls à la radiale. Depuis l'opération, la diminution a continué ; la tumeur a également beaucoup gagné en consistance ; la douleur est bien moindre et aucun symptôme fâcheux ne s'est produit. Mais, comme d'un autre côté le pouls radial et les battements de l'anévrysme n'ont, à aucun moment, complétement disparu et que tout danger de suppuration du sac n'est pas passé, on ne peut dire encore quel sera le résultat définitif.

Le numéro du 8 novembre du *Philadelphia medical Times* renferme quelques détails nouveaux sur les suites de l'opération pratiquée par le Dr Levis. La tumeur est devenue très-dure et les battements ont cessé dans la poche, comme sur l'axillaire et sur la radiale. Il n'y a pas eu d'inflammation locale à l'intérieur ni au voisinage de l'anévrysme, ni aucun inconvénient résultant de l'arrêt de la circulation de la sous-clavière et de l'axillaire. La douleur a complétement disparu. Le seul inconvénient éprouvé par le malade semble résulter de la pression de la masse solidifiée de l'anévrysme sur la partie supérieure du poumon droit. Le malade a, en effet, eu des crachats fortement colorés par du sang.

E. DELENS.

On a method of operating in certain cases of strangulated hernia (Sur une nouvelle manière d'opérer la hernie étranglée dans certaines circonstances), par Thomas ANNANDALE. (*Edinburgh medic. Journ., sept.* 1873, *p.* 209.)

Le principe de la méthode consiste à pratiquer une petite incision à travers les parois abdominales, et à ouvrir la cavité abdominale au voisinage de la hernie, au lieu d'inciser au-devant du sac lui-même. On introduit alors les doigts dans l'abdomen, et l'on réduit, en tirant par derrière, les organes contenus dans l'intérieur du sac.

On peut faire à ce procédé des objections sérieuses : d'abord il n'est pas sans danger d'ouvrir la cavité péritonéale ; ensuite, l'impossibilité et le péril de réduire, en cas de gangrène de l'anse intestinale ou d'adhérences à la paroi du sac.

Aussi cette méthode n'est-elle applicable que dans des circonstances déterminées, que l'auteur précise comme il suit :

1° Pour les hernies ombilicales des adultes, surtout si l'orifice est large et les enveloppes de la hernie minces et tendant à s'ulcérer ;

2° Dans le cas de grosses hernies inguinales ou scrotales, jusque-là réductibles ;

3° Lorsque la hernie se présente dans des régions où, par suite de conditions spéciales, l'opération habituelle ne peut se faire régulièrement (?).

A l'appui de la méthode, l'auteur donne une observation de hernie ombilicale étranglée pour laquelle le manuel opératoire facilita en effet la réduction de l'anse herniée ; malheureusement, le malade mourut « d'épuisement » quarante-huit heures après l'opération. H. RENDU.

Résultats du débridement dans les hernies étranglées. Leçon de DUPLOUY, de Rochefort, recueillie par BILLIOTTE. (*Arch. de méd. navale*, 1873, *tome II, p.* 216.)

Duplouy a opéré 24 hernies étranglées et obtenu 17 guérisons. Il opère tôt, donne de l'opium immédiatement après le débridement et le purgatif le lendemain seulement. Il défend formellement de lier l'épiploon ; il ne consentira plus à le réduire même dans les cas d'étranglement récent. Et cependant il affirme qu'on ne doit jamais compter sur l'épiploon, laissé à demeure pour oblitérer le sac ultérieurement et empêcher la hernie intestinale de se reproduire. L.-H. F.

Six cases of lumbar colotomy, with remarks upon this operation and a table of eighty cases in which it was performed (Six cas de colotomie lombaire, avec des remarques sur cette opération et un tableau de quatre-vingt cas où elle fut pratiquée), par Erskine MASON. (*The American Journ. of the med. sc., oct.* 1873, *p.* 354-392.)

OBSERVATION I. — Femme de 39 ans. — Rétrécissement vénérien du rectum datant de deux ans. — Insuccès des traitements ordinaires. — Opération après

distension préalable de l'intestin au moyen d'eau tiède, retenue par un tampon introduit dans le rectum.

« Après l'incision du fascia profond, nous vîmes apparaître l'intestin offrant « une teinte grisâtre et largement distendu. Plusieurs de mes collègues et « moi l'examinâmes avec soin, et nul doute pour nous que ce ne fût le côlon « descendant que nous avions sous les yeux, à ce point que, suivant quel- « ques-uns d'entre nous, ses bandes longitudinales étaient apparentes. »

Double suture. — Ouverture de l'intestin. — Écoulement d'une grande quantité d'un liquide relativement clair, considéré comme l'eau du lavement. — État satisfaisant pendant trois jours. — Érysipèle et mort très-rapide.

A l'autopsie, on ne trouve pas de péritonite généralisée ; la cavité abdominale contenait environ trois onces de sérosité sanguinolente ; d'anciennes adhérences péritonéales unissaient la rate au diaphragme. La partie inférieure du grand épiploon adhérait de même à l'utérus. Ces adhérences avaient attiré en bas le côlon transverse et son angle splénique; ce dernier, reporté vers la ligne médiane, reposait sur le bord antérieur du rein.

« Le côlon descendant, ayant quitté sa position normale, passait sur le hile « du rein et le bord externe du psoas ; il était vide et contracté.

« Le péritoine présentait une ouverture transversale nettement accusée, « d'un pouce et demi de longueur, située à un demi-pouce au-dessus de la « crête iliaque.

« Par cette ouverture s'engageait une anse du jéjunum qui était suturée à « la peau de chaque côté d'une ouverture correspondant à l'ouverture in- « terne.

« Cette portion de l'intestin était à huit pouces du duodénum ; le péritoine « qui la recouvrait présentait les traces évidentes d'une récente inflammation « jusqu'à quatre pouces au-dessus et huit pouces au-dessous. »

Ces adhérences fermaient l'ouverture péritonéale.

« L'intérêt de cette observation se trouve dans les points suivants :

« 1° La situation vicieuse du jéjunum et son énorme distension ;

« 2° La situation anormale du côlon ;

« 3° L'absence de péritonite immédiatement au pourtour de la plaie ;

« 4° Le soulagement de la gêne rectale après l'opération. »

Observation II. — Rétrécissement cancéreux du rectum. — Femme de 64 ans, malade depuis cinq ans. — Fistule recto-vaginale. — Constipation absolue. — L'opération n'est proposée que pour soulager l'agonie. — Amélioration rapide, retour de l'appétit, bonne santé relative pendant un mois.— Mort trois mois après l'opération.

Observation III. — Rétrécissement cancéreux du rectum. — Femme de 37 ans, morte d'érysipèle quatre jours après l'opération. — A l'autopsie, rien à mettre sur le compte spécial de la colotomie.

Observation IV. — Rétrécissement incurable du rectum. — Homme de 26 ans. — Deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital, attaque de dyssenterie ; six mois après la guérison, douleurs intestinales et constipation. Il y a quinze mois, entérorrhagies répétées pendant plusieurs semaines. Après la cessation des hémorrhagies, la défécation devint de plus en plus difficile et douloureuse. On constate un rétrécissement annulaire très-étroit à trois pouces et demi de l'anus. — État général mauvais. — Insuccès du traitement local, qui détermine de graves hémorrhagies. — Apparition d'une tumeur pelvienne et d'un engorgement des ganglions lombaires, qui font penser à une tumeur maligne. — Colotomie lombaire le 26 juin 1872 ; soulagement immédiat. — Le 13 juillet, le malade se lève. « Parfois les matières passent « au delà de l'ouverture artificielle ; alors le malade éprouve une irritation

« considérable du rectum, et se plaint d'une sensation de brûlure à ce niveau. « Surviennent en même temps de violents efforts pour aller à la garde-robe, « lesquels occasionnent un prolapsus intestinal plus ou moins fort dans la « région lombaire. »

Réduction facile. — Diarrhée fréquente. — Pertes séminales. — Irritation vésicale. — Néanmoins, le malade gagne en poids et en forces depuis l'opération.

Le 25 octobre, en examinant le rectum, on constate la disparition de toute tuméfaction ou induration. Le rétrécissement semble rapproché de l'anus et admet le petit doigt. On le traite par la dilatation et différents topiques dont l'effet paraît peu marqué.

En décembre, on ouvre quelques petits trajets fistuleux autour de l'anus artificiel.

Le 8 mai 1873, près d'un an après l'opération, le malade est certainement mieux que quelques mois auparavant. Il a encore de temps à autre des douleurs rectales; l'anus est le siége d'ulcérations. Mais le malade circule dans les salles et sort quelquefois de l'hôpital.

Observation V. — Rétrécissement du rectum (cancer). — Femme de 42 ans. — Début il y a deux ans. — Cancer du rectum, de la cloison recto-vaginale (fistule) et de l'utérus. — Colotomie lombaire. — On arriva aisément à l'intestin ; après l'avoir traversé par une ligature, on l'ouvrit, et l'eau chaude qui avait été préalablement injectée s'échappa en abondance, entraînant une quantité considérable de matières fécales. « Par un accident inconcevable, la « ligature glissa à travers les parois intestinales et l'intestin tomba au fond « de la plaie ; en essayant de le saisir pour ramener son ouverture en position « (ce qui fut l'affaire d'un moment), mon doigt blessa le péritoine et pénétra « dans sa cavité. » — La plaie fut pansée comme à l'ordinaire. — Mort le surlendemain. — Signes de péritonite. — L'autopsie ne put être faite.

Observation VI. — Ulcération du rectum. — Fistule recto-vésicale. — Homme de 27 ans, atteint de péritonite tuberculeuse ; le rectum et le côlon communiquaient avec la vessie.

La colotomie lombaire, pratiquée presque *in extremis*, soulagea beaucoup le malade, qui mourut sans douleur 22 jours après l'opération.

Ces observations sont suivies d'une étude où l'auteur passe en revue l'historique de la colotomie lombaire et les procédés opératoires, donnant la préférence à celui d'Amussat.

Les maladies pour lesquelles il recommande la colotomie lombaire sont : le cancer, les rétrécissements incurables du rectum, quelle qu'en soit la cause ; l'obstruction due à la compression par des tumeurs ; l'ulcération du rectum et du côlon dans quelques-unes de ses phases ; la fistule vésico-intestinale, spécialement chez l'homme.

Enfin le mémoire se termine par un tableau de 80 opérations, donnant pour chacune des indications détaillées ; puis, en dernier lieu, une statistique de 44 cas empruntée à Hawkins.

CH. PÉRIER.

Gastrotomie for intestinal occlusion (De la gastrotomie dans l'occlusion intestinale, par Samuel WHITALL. (*New York med. Journal, août* 1873.)

Cette étude a été suggérée à l'auteur par l'observation d'un médecin mort d'obstruction intestinale et à l'autopsie duquel on trouva une lésion fort singulière. Le cœcum et la portion voisine du côlon, indurés et épaissis, n'avaient guère que la moitié de leur calibre normal. L'orifice de l'intestin grêle n'était nullement retréci, mais les deux lèvres de la valvule étaient épaissies. La valve supérieure était le siége d'une tumeur noueuse, du volume d'une châtaigne et dont l'aspect rappelait l'apparence d'une hémorrhoïde.

C'est à la présence de cette tumeur, immobilisée par le rétrécissement du gros intestin, qu'étaient dus les accidents d'obstruction.

A propos de ce fait, l'auteur reprend avec grands détails et en s'aidant des documents les plus récents l'histoire du traitement de l'étranglement interne par la gastrotomie. Il rapporte l'opinion de presque tous les médecins qui en Europe et en Amérique se sont occupés de cette question et donne le résumé de trente observations de gastrotomie dans l'occlusion intestinale : 19 d'entre elles sont empruntées à la thèse de Delaporte ; les autres ont été recueillies dans des journaux américains, anglais et allemands. Vient ensuite la discussion des objections qui ont été faites à la gastrotomie; objections tirées de l'inutilité prétendue de l'opération, du danger de la péritonite, de la possibilité d'une guérison spontanée, de la difficulté de s'assurer du siége et de la nature de l'obstacle et d'arriver sur lui dans l'opération. L'auteur montre que l'on a beaucoup exagéré les chances de péritonite et les difficultés de l'opération. Relativement au procéde opératoire, il donne la préférence à l'incision médiane, faite suivant les cas à une hauteur plus ou moins grande au-dessous de l'ombilic.

H. DANLOS.

De la circoncision, description d'un nouveau procédé opératoire, par AISSA HAMDY. (*Paris*, 1873, *Asselin.*)

L'auteur donne une histoire générale, religieuse, politique, morale hygiénique, chirurgicale de la circoncision et du phimosis chez tous les peuples et dans tous les temps. Son travail se compose de trois parties : I. Historique de la circoncision. II. Procédés opératoires. III. Indications.

C'est dans la seconde partie que se trouve le « procédé nouveau, » mais si peu nouveau relativement aux procédés de Panas et de Dolbeau, qu'il nous paraît inutile de l'indiquer. Ce n'est pas là ce qui fait le mérite du travail d'Aïssa Hamdy, mais bien la réunion d'un grand nombre de renseignements qu'on ne trouve pas dans les livres classiques.

L.-H. F.

Case of stricture treated by Mr F. Jordan's method per rectum (Cas de rétrécissement traité par la méthode rectale de M. F. Jordan), par L. STROMEYER LITTLE. (*Med. Times and Gaz.*, 20 *sept.* 1873, *II*, *p.* 320.)

Cette méthode a été succinctement décrite tome I, page 417 de cette Revue. Elle paraît avoir donné de bons résultats dans les cas où aucune sonde n'avait pu franchir le rétrécissement.

Le malade qui fait le sujet de l'observation de Little était un marin portugais de 23 ans qui portait depuis un an un rétrécissement des plus étroits et qui, depuis plusieurs mois, ne pouvait uriner que goutte à goutte. Le rétrécissement ne put être franchi que sept jours après l'établissement de la fistule rectale. Cette dernière guérit rapidement dès que l'urèthre put admettre une sonde n° 12 (filière anglaise).

Little ne s'est pas servi du spéculum ani, comme le conseille F. Jordan, pour pénétrer dans la portion membraneuse de l'urèthre; le doigt seul lui a paru un guide suffisant. Il pense que chez les sujets jeunes, comme l'était son opéré, on faciliterait beaucoup l'opération en incisant le sphincter de l'anus. E. D.

Nuovo metodo nella cura dell'idrocele con l'elettricita (Nouvelle méthode de traitement de l'hydrocèle par l'électricité), par le Dr Rodolfo RODOLFI. (*Gaz. med. ital. lomb. — Rivista di med., di chir., e di terap., Milan, août* 1873, *fasc.* 15e *et* 16e.)

On évacue le liquide contenu dans la vaginale et l'on excite la surface interne de cette séreuse en la touchant en divers points avec un stylet boutonné, convenablement garanti dans sa longueur, relié au pôle négatif d'un appareil composé de trois piles de Grenet et de quatre piles de Bunsen de moyenne dimension, pendant que le pôle positif est appliqué au moyen d'une éponge humide sur le scrotum et plus particulièrement sur le cordon inguinal.

La séance doit durer 6 minutes pour les enfants, 10 pour les adultes, 12 pour les vieillards. C'est une opération très-peu douloureuse. La réaction se produit après 8 ou 10 heures chez les enfants; elle se fait attendre jusqu'à 12 heures chez les adultes et les vieillards. Cette réaction se maintient pendant quelques jours, puis elle cède sous l'influence de l'onguent gris belladoné.

L'auteur ne produit aucun fait à l'appui et se borne à attendre la confirmation de la valeur de sa méthode. BARÉTY.

Replantation of teeth (De la réimplantation des dents), par Isidor J. LYONS. (*The Lancet*, 6 *sept.* 1873, *II*, *p.* 334.)

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, cette opération, depuis longtemps connue, n'a jamais été très-usitée. Elle est cependant susceptible de don-

ner de bons résultats. Dans ces quatre dernières années, Lyons l'a pratiquée douze fois et elle lui a donné neuf succès.

Voici quel en est le manuel opératoire :

La dent doit être extraite avec le moins de dégâts possible des parties qui l'entourent. A moins qu'il ne s'agisse simplement de détruire la pulpe dentaire et que le périoste soit sain, la dent est immergée dans une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc (cette dernière est préférable).

L'alvéole est alors nettoyée cinq ou six fois avec une forte solution de même nature que celle employée pour la dent. Celle-ci est obturée, si elle est atteinte de carie, puis on la remet en place. S'il y a quelque épaississement du périoste, quelque excroissance ou quelque poche purulente à l'extrémité de la racine, on en fait l'excision avant de la replacer.

La douleur est généralement très-peu marquée après la réimplantation. Elle tient uniquement à la contusion et à la déchirure des tissus produites par l'extraction. E. D.

Neue Heilmethoden bei Geschwüren (Mode de traitement nouveau des ulcères), par le professeur NUSSBAUM, de Munich. (*Wiener medizinische Presse*, 1873, *n*° 18.)

Depuis 1857, l'auteur a employé avec succès sa méthode de traitement sur plus de 60 cas d'ulcères de la jambe, excessivement rebelles. Après avoir endormi son malade, il pratique autour de l'ulcère, à une distance de 1 centimètre et demi de celui-ci, une incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané allant jusqu'à l'aponévrose. On introduit aussitôt dans la plaie de fins plumasseaux de charpie et l'on applique un bandage compressif. L'introduction de la charpie a un double but : 1° prévenir l'hémorrhagie résultant de l'ouverture d'un grand nombre de vaisseaux ; 2° empêcher la réunion trop prompte des bords de l'incision.

Le lendemain on enlève ce bandage et l'on panse avec des compresses imbibées d'eau froide.

Au bout de 24 heures, la sécrétion purulente de l'ulcère a considérablement diminué, et celui-ci prend déjà un meilleur aspect. La guérison serait toujours certaine et prompte.

L'auteur explique ces résultats d'une façon très-simple : d'après lui, en sectionnant les nombreux vaisseaux aboutissant à l'ulcère, on empêcherait la sécrétion purulente si abondante qui, en couvrant la surface ulcérée, s'oppose à la néoformation de cellules, pouvant seule amener la cicatrisation.

L'auteur de ce mémoire emploie également les greffes et se montre surtout favorable à la méthode de Reverdin. L.-E. DUPUY.

Beitrag zur Therapie der Noma (Contribution au traitement du noma), par le Dr J. PERNIZZA. (*Wiener, medizinische Wochenschrift*, 1873, *n*° 31.)

L'auteur rapporte une observation de noma chez un enfant de 4 ans, convalescent d'une variole, où, se fondant sur l'analogie entre le noma et la pourriture d'hôpital, il a institué avec succès le traitement suivant :

Enlever par un grattage énergique toutes les parties sphacélées, puis, après avoir arrêté l'hémorrhagie en comprimant les surfaces saignantes, cautériser avec l'acide fumant ; ensuite, laver toutes les deux heures les parties malades avec une solution au 1/500 de permanganate de potasse.

EXCHAQUET.

De l'intervention chirurgicale dans les affections dites cancéreuses, par D. DUPUY.
(*Thèse de Paris*, 1873.)

Ce titre ne répond qu'à la seconde partie de ce travail, car la première comprend une espèce d'histoire générale du cancer.

Ne touchez pas à l'épithelioma des lèvres, de la caroncule lacrymale, du col de l'utérus, sous peine de « vengeance des ganglions » (Pänas). La surface ulcérée d'un cancer semble un exutoire, une soupape de sûreté; modifiez-la, mais ne la détruisez pas, il s'en formerait d'autres (Panas). Sans partager ces idées théoriques, Dupuy conclut de son côté qu'il ne faut arriver à l'extirpation totale ou partielle que si le malade, très-gêné dans ses fonctions, réclame l'opération ; qu'il faut autant que possible répudier le bistouri et recourir à la pâte de Canquoin, qui souvent modifie heureusement les ulcères et procure même des guérisons complètes ; que les précautions hygiéniques et spécialement l'alimentation peuvent enrayer la prédisposition cancéreuse.

S'inspirant des idées de Bouchardat qui, fils de père et de mère cancéreux, croit à la prophylaxie du cancer et prêche d'exemple, Dupuy écrit, ou à peu près : La peau destinée à éliminer les éléments épidermoïdaux venant à ne pas fonctionner, ces éléments s'accumulent dans les ganglions chez les enfants (scrofule), dans le poumon chez l'adulte (tubercule), dans les organes qui ont le plus fonctionné, estomac, foie, etc, chez le vieillard (cancer). Faire fonctionner la peau et ne pas abuser des aliments azotés : car les éléments épidermoïdaux sont riches en azote; tels seraient les moyens d'éviter le cancer.

Comme on le voit, cette longue thèse n'est qu'un plaidoyer.

L.-H. F.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Histoire de la chirurgie. Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, par M. le prof. Le Fort. (*Revue scientifique*, nov. 1873, n° 22.)

Compendium der Orthopädie, par E. Kormann. — Leipzig.

Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie, par V. Bruns. — Tubingue.

Clinical researches in electro-surgery (Recherches sur l'emploi de l'électricité en chirurgie), par George M. Beard et A.-D. Rockwell. (*The medical Record, New-York*, 15 août, p. 389.)

De la valeur de l'aspiration au point de vue du diagnostic et du traitement. Analyse critique du traité de l'aspiration des liquides morbides du Dr Dieulafoy, par le Dr Libermann, médecin de 1re classe. (In-8°, Paris, Rozier.)

Eine neue Nadel (Une nouvelle aiguille à sutures profondes), par le Dr Passavant. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, II, n° 6, p. 513-517, 25 juillet.)

Die elastiche Ligatur (La ligature élastique), par le prof. Dittel, de Vienne. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, nos 7 et suiv.)

De la réunion par première intention, par J.-B. Garrison. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mai.)

De la ouate perchlorurée, comme agent hémostatique, par J. Bœckel. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 17.)

On the right use of desinfectants (Sur l'emploi rationnel des désinfectants), par H. Letheby. (*Med. Times and Gaz.*, 1 nov., II, p. 487; id., 8 nov., p. 514.)

Fallacies and failures in antiseptic surgery (Erreurs et insuccès de la chirurgie antiseptique), par Edward Linn. (*British medical Journal*, 18 octobre.)

Skin-grafting (Greffe cutanée). — British Seamen's Hospital, Constantinople. — Dr John Paterson. (*Med. Times and Gaz.*, 22 nov., II, p. 578.)

On professor Esmarch's mode of performing bloodless operations (Sur le moyen employé par le professeur Esmarch pour pratiquer les opérations sans effusion de sang), par William Mac Cormac. (*Med. Times and Gaz.*, 20 sept., II, p. 320.)

D'un nouveau mode de compression des artères (application de la méthode d'Esmarch), par J. Bœckel. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 17.)

Bloodless operations (Des opérations sans effusion de sang), lettre du Dr Fayrer. (*Med. Times and Gaz.*, 15 nov., II, p. 563.)

Bloodless operations on the penis (Opérations sur la verge sans écoulement de sang), par J.-T. Clover. (*The Lancet*, 8 nov., II, p. 682.)

Ueber Æther-Narcose; discussion à la Société médicale de Berlin, 25 juin 1873 : Schweigger, Bardeleben, Liebreich, Lewin. (*Berlin. klin. Wockens*, n° 41.)

Remarks on bichloride of methylene as an anæsthetic, par H. Macnaughton Jones. (*Med. Press and Circul.*, 10 sept., p. 227.)

Anæsthesia (Des anesthésiques). (*Ibid.*, p. 234.)

The anæsthetic controversy, par J.-E. Kelly. (*Ibid*, p. 242.)

Bichloride of methylene as an anæsthetic. (*Ibid.*, 27 août, p. 200.)

Ueber die Anwendung des Stickoxydulgases als Anästhetikum (Emploi de l'acide carbonique gazeux comme anesthésique), par M. Burckhardt-His. (*Schweiz. Corr. Blatt*, 11.)

On the treatment of compound depressed fractures of the skull without immediate brain symptoms (Sur le traitement des fractures compliquées du crâne avec enfoncement, sans symptômes cérébraux immédiats), par Alfred NORTH. (*The medical Record*, New-York, 15 août, p. 394.)

Sulla terapeutica delle fratture complicate (Traitement des fractures compliquées), par le Dr Martin BARBA (*Gaz. delle Cliniche*, Turin, no 20. — *Rivista di med., di chir., di terap.*, 31 mai, 10e fasc.)

Considérations sur le traitement des fractures compliquées de plaie; de l'attelle plâtrée postérieure dans les fractures de jambe et de bras, par L. BIENCOURT. (*Thèse de Paris.*)

Bandage pour les fractures d'avant-bras, par J.-S. BIRD. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mars.)

Traitement des fractures de la mâchoire inférieure, par R. SILVER. (*Philad. med. and surg. Reporter*, avril.)

Nouveau bandage pour les fractures de la clavicule, par Lewis SAYRE. (*Pest. med. chir. Presse*, 24.)

Étude sur le traitement des fractures de la clavicule. Nouvel appareil de l'auteur, par Félix PAQUET. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

On the treatement of luxations by Robert's modification of Parvis' adjuster (Du traitement des luxations par la machine de Parvis, modifiée par Robert), par William STOKES. (*The Dublin Journal of medical science*, août.)

Réduction des luxations de la mâchoire inférieure, par LINHART. (*Pester med. chir. Presse*, 19 août.)

Pincette zur Unterbindung getrennter Arterien in der Wunde, ohne Mithülfe eines Assistenten (Pince pour la ligature des artères divisées dans les cas de blessure, sans l'assistance d'un aide), par Samuel HERRMANN. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 23.)

Ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité; guérison, par J. Ewing MEARS. (*Philad. med. Times*, mai.)

De la ligature de l'artère sous-clavière, par F.-F. MAURY. (*Philad. med. Times*, mars.)

Considerazioni su di una allaniatura dell'iliaca esterna eseguita nell'ospedale di Basilicata (Considérations sur une ligature de l'iliaque externe pratiquée à l'hôpital de Basilicata), par le Dr Frédéric GAVIOLI. (*Lucania medica*, fasc. 1er. — *Rivista di med., di chir. e di terap.*, Milan, 31 mai, fasc. 10e.)

Ligation of common carotid for hæmorrhage after the removal of a cervical tumour by elastic ligatur (Ligature de la carotide primitive pour une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'une tumeur du cou par la ligature élastique). — Middlesex hospital, — par HULKE. (*Med Times and Gaz.*, 29 novembre, II, p. 607.)

Two cases of ligature of the femoral artery for punctured wounds (Deux observations de ligature de l'artère fémorale pour des plaies par instrument piquant). — Birmingham general hospital,— par BENNETT MAY. (*The Lancet*, 22 nov., II, p. 737.)

Anévrysme de l'artère radiale ; ablation de la poche anévrysmale ; guérison, par le Dr FOLET. (*Bulletin médical du Nord*, nos 9 et 10.)

Aneurism of the posterior tibial artery treated by pressure; recovery (Anévrysme de l'artère tibiale postérieure traité par la compression; guérison). — Bath Royal united Hospital, — par STOCKWELL. (*The Lancet*, 30 août, II, p. 301.)

Treatment of aortic aneurism by galvano-puncture (Traitement et amélioration d'un anévrysme de l'aorte par la galvano-puncture), par Marcus BECK, University College Hospital. (*Brit. med. Journ.*, 6 septembre.)

L'elettro-ago-puntura nel trattamento degli aneurismi aortici (L'électro-acupuncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte), par le Dr E. DE RENZI. (*Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, août, fasc. 15e et 16e.)

Traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. (Société de chirurgie, — *Gazette des hôpitaux*, 1028.)

Hermetischer Transfusor zur direkten Ueberleitung lebenden und undefibrinirten Blutes (Transfuseur hermétique pour la transfusion directe (veine à veine) du sang vivant et non défibriné), par le Dr J. ROUSSEL, de Genève. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 848.)

Ueber Transfusion. Communication à la Société des médecins de Vienne, par le Dr J. BAHL. (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, n° 10, mars.)

Amputation at the hip-joint; recovery (Désarticulation de la cuisse; guérison). — Devon and Exeter Hospital, — par Arthur J. CUMMING. (*The Lancet*, 29 nov., II, p. 772.)

Note on amputation through the knee-joint (Note sur la désarticulation du genou), par C.-F. MAUNDER. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., II, p. 351.)

Note sur la désarticulation du genou, par le Dr J. VAN AUBEL. (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 6, p. 370.)

Amputation de jambe pour une gelure, par J. Frazer BOUGHTER. (*Philad. med. Times*, mai.)

Amputation at the shoulder-joint for ununited fracture of the humerus (Désarticulation de l'épaule pour une fracture non consolidée de l'humérus). (*The Lancet*, 11 oct., II, p. 521.)

Excision of the tongue leaving the floor of the mouth entire (Amputation de la langue laissant entier le plancher de la bouche). — Royal free Hospital, — par GANT. (*The Lancet*, 8 nov., II, p. 662.)

Ueber eine zweckmässige Lagerung nach der Hüftgelenkresection (De la position à donner au malade après la résection de la hanche), par E. v. WAHL. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, II, n° 6, p. 543-545, 25 juillet.)

Sub-periosteal excision of the hip; recovery (Résection sous-périostée de la hanche), — Royal infirmary for Children, Waterloo-Road, — par BELLAMY. (*The Lancet*, 29 nov., II, p. 772.)

Excisions of the knee and head of the femur (Résections du genou et de la tête du fémur). — Victoria hospital for Children, — par COWEL. (*The Lancet*, 15 nov., II, p. 701.)

Excision of head of the femur (Résection de la tête du fémur). — Burton-on-Trent infirmary, — par Paul BELCHER. (*The Lancet*, 27 sept., II, p. 453.)

Ueber Hüftgelenks-Resection (Résection de la hanche), par le Dr Jules Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 36.)

Résection de la hanche; guérison, par G. Troup Maxwel. (*Philad. med. Times*, juin.)

Résection du genou avec guérison (Katharinen-Hospital), par Gerok. (*Würtemb. Corr. Bl.*, XLIII, 17.)

Modifications aux procédés de résection des mâchoires supérieure et inférieure, par Verneuil. (Société de chirurgie; *Gaz. des hôp.*, 837.)

Resection des Oberkiefers mit Erhaltung des mukös-periostealen Ueberzuges des harten Gaumens (Résection du maxillaire supérieur avec conservation du revêtement muco-périostique de la voûte palatine). Observation recueillie par le Dr Ferdinand Riedinger, assistant du prof. von Linhart, à Würzbourg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 44.)

Observation de polype naso-pharyngien opéré par l'ablation partielle du maxillaire supérieur, par Fleury et Collandre. (*Gaz. des hôp.*, 1010.)

On reconstruction of the mouth after loss of the under lip, by a new operation (Restauration de la bouche, après la perte de la lèvre inférieure, par une nouvelle opération), par Gurdon Buck. (*The American practitioner*, août.)

Cases of excision of the suprà and infrà orbital branches of the trifacial, of the perineal, external popliteal, and posterior tibial nerves, etc., etc., par Thomas Morton. (*The American Journ. of the med. sc.*, oct., p. 392-401.)

Ein Fall von Tetanus traumaticus, behandelt mit grossen Dosen von Chloralhydrat (Un cas de tétanos traumatique traité par l'hydrate de chloral à fortes doses), par le Dr Ch. Coryllos, de Patras (Grèce). (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 2.)

A successfull case of abdominal section for intussusception, with remarks on this and other methods of treatment (Cas heureux d'intussusception guérie par l'incision abdominale), par Jonathan Hutchinson. (*British medical Journal*, n° 675.)

Reduction of large herniæ by means of India rubber bands (Réduction des hernies volumineuses au moyen de bandes de caoutchouc), par John Duncan. (*Edinburgh med. Journ.*, novembre, p. 399.)

Du traitement chirurgical de l'obstruction intestinale, par le Dr Douaud. (*Bordeaux médical*, nos 36 et 38.)

Morphin-Injectionen bei Hernia incarcerata (Injections de morphine dans la hernie étranglée), par le Dr Aloos v. Szatyiry, de Lak. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 17.)

Case of Amussat's operation (Opération d'Amussat pour l'établissement d'un anus artificiel à la région lombaire), par Edward Sainthill Pearse. (*The Lancet*, 18 oct., II, p. 554.)

On lumbar colotomy (De l'opération de l'anus artificiel à la région lombaire), par C.-F. Maunder. (*Med. Times and Gaz.*, 11 oct., II, p. 413.)

A case of acute obstruction of the bowels of fifteen days' duration; colotomy; recovery (Obstruction intestinale datant de quinze jours; établissement

d'un anus artificiel à la région lombaire ; guérison), par John Wislon. (*The Lancet*, 4 oct., II, p. 492.)

Case of colotomy (Observation de colotomie). — Leeds general Infirmary, — par Jessop. (*The Lancet*, 22 nov., II, p. 737.)

Ueber parenchymatöse Einspritzungen zur Zertheilung von Geschwülsten (Des injections parenchymateuses pour la résolution des tumeurs), par Brauser. (*Bayer. ærtzl. Intell. Bl.*, 17.)

Grosso e profondo papilloma dell' ombellico aspontato totalmente col caustico (Papillome de l'ombilic volumineux et profond enlevé tout entier par le caustique), note du prof. F. Rizzoli (*Bullettino delle sc. med.*, de Bologne, octobre 1872, p. 271.)

A brief sketch of the methods of removing growths from the larynx with the aid of the laryngoscope, with a case in which a fibro-cellular growth was removed from the right vocal cord (Esquisse rapide des méthodes d'ablation de tumeurs du larynx à l'aide du laryngoscope, avec un cas d'extirpation d'une tumeur fibro-cellulaire de la corde vocale droite), par F.-I. Knight. (*The Boston med. and surg. Journ.*, septembre, p. 301-307.)

Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes ; de la cautérisation interstitielle en particulier, par Edouard Lartisien. (*Thèse de doctorat*, Paris, in-4°, 52 pages.)

The operation for recto-vaginal fistula (Sur l'opération de la fistule recto-vaginale), par H.-T. Whittell. (*The Lancet*, 22 nov., II, p. 734.)

The treatment of gonorrhæa by local remedies only; with complicated cases so treated (Traitement de la gonorrhée par les remèdes locaux ; observations de cas compliqués traités de cette manière), par Philip Foster. (*Med. Times and Gaz.*, 25 oct., II, p. 461.)

Due casi di iscuria da affezione prostatica trattati colla puntura capillare (Deux cas d'ischurie par affection de la prostate traités au moyen de la ponction capillaire), par le prof. Ange Scarenzio. (*Gaz. med. ital.-lomb.*, sér. VI, t. VI.)

Note on the treatment of chronic cystitis (Note sur le traitement de la cystite chronique), par H.-S. Purdon. (*The Dublin Journal of medical science*, novembre.)

Di un nuovo metodo per la cura delle orchiti (Nouvelle méthode pour le traitement des orchites), par le Dr Brambilla. (*Ann. delle sc. mediche*, ann. III, 1872 ; — *Sperimentale*, fasc. 8e.)

Case of stricture treated by F. Jordan's method per rectum (Cas de rétrécissement de l'urèthre traité par la méthode rectale de F. Jordan), par L. Stromeyer Little. (*Med. Times and Gaz.*, 20 sept., II, p. 320.)

De l'électrolyse et de son emploi dans les cas de rétrécissement de l'urèthre, par A. Durand. (*Thèse de doctorat*, Paris.)

Retention of urine with dribbling, from impassable stricture, successfully treated by leeching and filiform whalebone bougies (Rétention d'urine avec miction par regorgement, par suite d'un rétrécissement infranchissable ; traitement par les applications de sangsues et les bougies filiformes de ba-

leine; guérison). — West London hospital, — par W.-F. Teevan. (*The Lancet*, 27 sept., II, p. 451.)

Subcutaneous urethrotomy for two strictures of the urethra which had previously been twice operated on by the so called method of immediate dilatation; good result (Uréthrotomie sous-cutanée pour deux rétrécissements de l'urèthre qui avaient été précédemment opérés deux fois par la méthode dite de dilatation immédiate ; bon résultat), par W.-F. Teevan. (*Med. Times and Gaz.*, 27 sept., II, p. 351.)

An urethrotome for incising narrow strictures (Un uréthrotome pour inciser les rétrécissements très-étroits de l'urèthre), par Berkeley Hill. (*British medical Journal*, n° 674.)

Mémoire sur l'uréthrotomie, par le Dr Notta, de Lisieux. (*Union médicale*, nos 105, 108, 113 ; p. 369, 405, 481.)

Zur Casuistik der Blasensteinoperationen (Observations d'opérations de la pierre), par le prof. Dittel, de Vienne. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, p. 303.)

On the preventive treatment of uric-acid calculi (Sur le traitement préventif des calculs d'acide urique), par D. Campbell Black. (*The Lancet*, 20 sept., II, p. 432.)

Mémoire sur la lithoclysmie, nouvelle opération chirurgicale ayant pour objet la dissolution intra-vésicale de la pierre, par le Dr Pignoni. (In-8°, Paris, Delahaye.)

Note on the operation of circumcision in the adult (Note sur l'opération de la circoncision chez l'adulte), par H.-C. Howse. (*Guy's hosp. Reports*, vol. XVIII.)

Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, par le Dr Handvogel. (In-8°, Paris, Adrien Delahaye.)

On the radical treatment of hydrocele by injection of carbolic acid (Acide phénique), par Levis. (*Philad. med. Times*, 30 août.)

Corps étranger de l'urèthre; uréthrotomie externe ; guérison. Leçon du prof. Richet, recueillie par M. Hutinel, interne du service. (*Union médicale*, n° 101, p. 322.)

Removal of a fragment catheter from urethra by divulsion (Extraction d'un fragment de sonde de l'urèthre à l'aide de la divulsion), par Ambrose L. Ranney. (*The medical Record*, New-York, 16 sept., p. 453.)

Removal of a foreign substance from the male bladder by lithotrity (Extraction d'un corps étranger de la vessie chez l'homme par la lithotritie), par W. Cadge. (*British medical Journal*, n° 672.)

Corps étranger mobile de l'articulation du genou ; extraction par incision directe, le corps étant fixé dans l'anneau d'une clef; guérison, par Lejambtel. (*Gaz. des hôp.*, p. 739.)

Des moyens d'extraction des corps étrangers solides du conduit auditif externe et particulièrement du procédé de l'épingle recourbée, par M. Eug. Vincent, interne des hôpitaux de Lyon. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXV, p. 250.)

Trapanazione del coronale per carie (Trépanation du coronal atteint de carie), par le Dr LAURENZI. (*Archiv. di med., di chir. e d'igiene; Rivista di med., di chir., e di terap.*, Milan, 31 mai, fasc. 10e.)

On topical remedies in diseases of the throat, nose and ear (Médication topique dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille), par Th. RUMBOLDT. (*American Practitioner*, novembre.)

Note sur un nouveau procédé de laryngotomie (cautère actuel), par DE SAINT-GERMAIN. (Soc. de chir. et *Gaz. des hôp.*, 851.)

Traitement des kystes séro-sanguins du cou par l'électricité, par le Dr A. AMUSSAT. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXV, p. 321.) Deux observations sont citées.

Ueber die Behandlung des Kropfes (Du traitement du goître), par le Dr STŒRK. (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, n° 7, 14 février.)

Di un cancroïde al naso estirpato e quanto con rinoplastia (Ablation et guérison par la rhinoplastie d'un cancroïde du nez), avec 2 figures, par le Dr F. BACIOCCHI. (*Rivista clinica*, n° 4, p. 117.)

Emploi du spéculum nasal pour l'extraction des corps étrangers du nez, par F.-P. HENRY. (*Philad. med. Times*, mai.)

Obstinate serpiginous ulceration cured by continuous bath and the internal administration of opium (Ulcère serpigineux rebelle guéri par les bains continus et l'administration de l'opium à l'intérieur). — Male Loch Hospital, — par COULSON. (*The Lancet*, 30 août, p. 300.)

Illustrations of Pott's disease of the spine in the cervical region and of its successful treatment by Dr Charles Fayette Taylor's method (Exemples de mal de Pott de la région cervicale traités avec succès par la méthode du Dr Ch. Fayette Taylor), par Thomas-M.-L. CHRYSTIE. (*The med. Record*, New-York, 15 sept., p. 443.)

Cancrum oris successfully treated by a saturated solution of iodine (Trois cas traités avec succès par les toniques et l'application locale de teinture d'iode saturée), par le Dr J.-G. MILLER. (*Kansas city med. Journ.*, août.)

Case of chronic abcess treated by carbolic acid, with remarks on its use in similar cases (Abcès chronique traité par l'acide phénique; remarques sur l'emploi de cet agent en pareil cas), par Robert SMITH. (*Edinburgh medical journal*, novembre, p. 414.)

Nephritic abcess opened from the back (Abcès néphritiques ouverts par le dos). — Saint-Bartholomew's Hospital, — par SOUTHEY and Thomas SMITH. (*The Lancet*, 29 nov., II, p. 772.)

Stricture of the œsophagus treated by a new dilator (Rétrécissement de l'œsophage traité par un nouveau dilatateur), par J. JAAP. (*The Lancet*, 29 novembre, II, p. 769.)

Observations on the surgical treatment of incurving toe-nail (Observations sur le traitement chirurgical de l'ongle incarné), par George STILWELL

surgeon, Epsom, with a pamphlet by Dr Cotting, Boston, (London, J. et A. Churchill.)

Cura dell' igroma rotulio colla puntura (Traitement de l'hygroma rotulien par la ponction), par le Dr Louis Corazza. (*Il Raccoglitore medico*, 28 février ; et *Rivista di med., di chir., e di terap.*, 31 mai, fasc. 10e.)

On the treatment of snake-bite by artificial respiration (Traitement des morsures de serpent), par V. Richards. (*Indian med. Gaz.*, p. 118.)

Manuel de prothèse ou mécanique dentaire, par Oakley Colles, traduit de l'anglais par G. Darin. (Paris, A. Delahaye.)

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

ANALYSES.

A manual of practical hygiene, intended especially for medical officers of the army and for civil medical officers of health (Manuel d'hygiène pratique, à l'usage des médecins de l'armée et des fonctionnaires de l'administration sanitaire), par E.-A. PARKES, professeur d'hygiène militaire à l'école de médecine militaire de Netley, etc. (1 *vol. gr. in*-8, *de* 665 *p. avec* 109 *fig.*, 4e *édition, Londres*, 1873.

Nous sommes heureux de pouvoir, à l'occasion de la publication de sa quatrième édition, présenter au public médical uu ouvrage devenu classique en Angleterre, aux États-Unis et vivement apprécié dans tous les pays par les médecins qui font une étude spéciale de l'application des règles de l'hygiène à la profession militaire.

Cette édition diffère singulièrement des précédentes, en ce que l'auteur a cru devoir donner une plus grande étendue à tous les chapitres traitant de l'hygiène publique en général, de façon à l'adapter aux besoins des fonctionnaires médicaux de l'administration sanitaire, à en faire le *vade mecum* de tous ceux auxquels incombe le devoir de maintenir et de faire fonctionner les institutions de salubrité. On sait en effet que ce service ressort en Angleterre d'une administration spéciale, ayant son chef dans le conseil des ministres, des mandataires dans toutes les villes de l'empire britannique; ces positions sont toutes remplies par des médecins, du

moins dans les emplois supérieurs ; on a pensé avec raison que, mieux que personne, ceux dont toutes les études ont pour but de maintenir la santé chez les individus pris isolément seraient aussi capables de veiller à la santé des collectivités ; en France nous n'en sommes pas encore arrivés à ce degré de logique, car nos conseils d'hygiène, depuis le grand comité siégeant à Paris pour la France, jusqu'à ceux d'arrondissement, n'ont qu'un rôle absolument consultatif.

Ce n'est du reste ici le lieu d'engager une discussion sur ce sujet, mais encore était-il besoin de montrer à quelles personnes s'adresse, en Angleterre, l'ouvrage de M. Parkes.

Tout en donnant une extension plus grande à cette partie de son livre, l'auteur n'a point sacrifié cependant la partie militaire : dans chaque chapitre, il ne manque pas de présenter les faits particuliers relatifs à la profession militaire ; puis, dans une seconde partie ne comprenant pas moins du tiers entier de l'ouvrage, il étudie spécialement les questions de l'armée dans ce qu'elles ont de plus spécial.

Le cadre général de l'ouvrage comprend donc deux divisions principales. Dans la première l'auteur étudie spécialement l'eau, l'air, les éléments, le sol, les habitations, le vêtement, les climats, les éléments météréologiques, la prophylaxie des maladies, la désinfection, l'établissement des statistiques ; dans la seconde il envisage successivement le soldat au moment de son incorporation, les conditions du service, les effets du service militaire, le service dans les différentes colonies de l'empire britannique, le service à bord des navires, et enfin le service en temps de guerre.

Cette division est complète, en ce qu'elle renferme toutes les matières que comporte le titre de l'ouvrage ; elle est logique en ce qu'elle satisfait l'esprit. Il est deux façons de traiter les nombreux sujets que comporte l'étude de l'hygiène : une des méthodes, rappelant celle que l'on a suivie longtemps dans certains ouvrages classiques, consiste à donner une grande extension aux questions générales, à celles d'ordre presque philosophique, elle tend à donner à l'hygiène un cachet de banalité dont on l'a souvent accusée ; l'autre méthode, au contraire, moins séduisante peut-être de forme, mais plus scientifique, s'attache à appliquer toutes les ressources fournies par l'ensemble des sciences naturelles, la physique, la mécanique, la chimie et la physiologie en particulier ; elle donne à un traité d'hygiène des allures de plus en plus précises, mathématiques ; cette méthode est celle que suivent les hygiénistes modernes, en prenant l'observation scientifique pour base de leurs travaux ; de tous les traités d'hygiène existant aujourd'hui en Europe, l'ouvrage de M. Parkes est un de ceux qui présentent au plus haut point ce double mérite de science et de précision, si même il ne pouvait passer pour le premier de ce genre,

On comprend facilement qu'avec un tel programme il nous est impossible de suivre l'auteur dans les diverses parties de son ouvrage, qui est peut-être un *manuel* en ce que l'hygiéniste l'aura toujours à la main, mais qui est une véritable encyclopédie par la masse des documents qu'il renferme. De pareils ouvrages ne peuvent évidemment s'analyser; les recherches y sont tellement condensées qu'il faudrait au besoin reproduire un chapitre entier pour indiquer les matières qui y sont traitées.

Prenons cependant comme exemple un point auquel les ouvrages classiques donnent généralement trop peu d'importance, les désinfections ; et ouvrons le chapitre XIX du livre de M. Parkes : par désinfection, dit-il, on doit entendre l'emploi des substances qui peuvent arrêter la dissémination des maladies infectieuses par la destruction de l'agent spécifique ; par suite l'étude de la désinfection comprend celle : 1° de la nature du contagium ; 2° des milieux dans lesquels il peut se répandre ; 3° de l'effet produit par les méthodes chimiques que l'on suppose pouvoir les détruire ou les modifier. — Telles sont les trois grandes divisions du chapitre relatif à la désinfection ; il les complète par l'analyse des procédés de désinfection à employer dans diverses maladies, la désinfection des chambres et locaux d'habitation, la purification des vêtements et de la literie, etc. On voit, par cet exemple, le point de vue aussi pratique que complet auquel se place l'auteur et qui est le même dans les différentes parties de son ouvrage.

La partie spécialement militaire de l'ouvrage est traitée avec non moins de précision ; rédigée au point de vue de l'armée anglaise, elle offre cependant de précieuses indications pour les médecins de toutes nationalités : car d'une part les armées se ressemblent singulièrement, et de l'autre M. Parkes a employé les documents les plus précis, recueillis dans toutes les grandes armées. — A ce titre son ouvrage est réellement presque aussi utile aux étrangers qu'aux Anglais eux-mêmes.

Nous croyons devoir extraire quelques chiffres relatifs à la mortalité des troupes anglaises, comparée suivant les différentes maladies. La mortalité générale par maladies, exclusion faite des morts violentes, s'est élevée au chiffre de 8,53 pour 100 dans la période 1861 à 1870 et à 9,45 en englobant toutes les causes ; sur ce nombre la phthisie pulmonaire doit compter pour 2,64 à 3,86, les maladies du cœur pour 1,46, la pneumonie pour 7,77, les maladies du système nerveux pour 0,57 ; les fièvres continues pour 8,40.

La phthisie pulmonaire forme donc une des principales causes de la mortalité générale de l'armée anglaise, elle semble même y être plus fréquente que dans l'armée française, si l'on ne tenait compte de ce fait que les réformes sont plus facilement fournies chez nous que chez nos voisins. Du reste, ces chiffres militaires ne sont pas supérieurs aux analogues de population civile de l'Angleterre.

D'après les statistiques de Balfour, citées par M. Parkes, il meurt de phthisie 4 individus pour 1,000 parmi les hommes de 20 à 40 ans, 5 dans les districts les moins favorisés et 1,96 dans les meilleurs ; à Londres ce nombre s'élève à 4,5. — Dans l'armée même il se répartit de la façon suivante : cavalerie de la garde, décès par phthisie : 3,76 sur 1,000 hommes d'effectif et 8,23 de réforme, soit 11, 99 de perte réelle pour l'armée ; dans la cavalerie de la ligne, 1,41 décès et 4,02 rèformes, soit en totalité 5,44 de perte; dans les gardes à pied, 3 de décès et 9,49 de réforme, soit 11,79 de perte ; dans l'infanterie de ligne, 2,12, de décès et 5,51 de réforme, soit 7,63 de perte.

On voit quelle importance la phthisie pulmonaire joue dans la morbidité de l'armée; c'est en s'appuyant sur ces données que Parkes démontre la nécessité d'introduire de grandes améliorations dans le régime et dans l'habitation du soldat, améliorations que l'armée anglaise réalise en ce moment et que nous réclamons encore pour la nôtre.

L'ouvrage de M. Parkes est de ceux que l'on n'a pas à louer, car ils ont fait leur chemin, mais nous ne doutons pas que les nombreuses additions apportées à sa 4me édition ne lui assurent un succès encore plus prononcé qu'aux éditions précédentes, et ne contribuent à vulgariser tous les jours davantage un ouvrage des plus estimables et des mieux écrits. G. MORACHE.

Article : Militaire (Hygiène), par G. MORACHE, professeur agrégé au Val-de-Grâce. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. VII, 2e série, p.* 675 *à* 824, *et t. VIII, 2e série, p.* 1 *à* 73, *G. Masson et P. Asselin, Paris,* 1873.)

Sous forme d'un article ne comprenant pas moins de 220 pages, l'auteur présente, non point une étude complète d'hygiène militaire, mais quelques développements sur un certain nombre de questions afférentes à l'hygiène professionnelle du soldat et que l'on n'a pas cru devoir traiter dans des articles spéciaux, comme l'ont été déjà les questions de camp, de caserne, comme le seront encore les questions de recrutement, de mortalité et d'autres, auxquelles M. Morache renvoie dans le cours de son article.

Il a jugé à propos d'accorder une certaine extension à l'histoire même de la constitution de l'armée française depuis la fondation du royaume indépendant de France jusqu'à nos jours ; il complète cette étude par un aperçu sur l'organisation des autres grandes armées européennes, leur effectif et leur mode de recrutement. A priori, ce sujet paraîtrait un peu militaire pour un dictionnaire de

médecine, mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit bientôt que ce sont là des sujets intéressant au plus haut point la démographie, l'économie sociale et la vitalité même des peuples, sujets auxquels le médecin ne doit pas rester étranger et qu'une encyclopédie a le devoir d'envisager.

Nous y trouvons clairement déduites les données suivantes : En France l'effectif de l'armée est en temps de paix des $\frac{12}{1000}$ de la population, et, d'après les nouvelles lois de 1872 et de 1873, il peut atteindre $\frac{40}{1000}$ en temps de guerre. Dans l'empire allemand, les chiffres similaires sont $\frac{10}{1000}$ et $\frac{31}{1000}$, en Austro-Hongrie $\frac{7}{1000}$ et $\frac{22}{1000}$, en Russie $\frac{8}{1000}$ et $\frac{20}{1000}$; les mêmes calculs ont été dressés en ce qui concerne le rapport de l'armée à la densité de la population. L'auteur fait remarquer avec raison que si l'effort imposé à la population paraît énorme en France, la nouvelle loi est cependant bien plus humanitaire que les précédentes, puisqu'elle permet le mariage à 25 ans pour les moins favorisés, ceux qui font cinq ans, à 22 ans pour les autres. Il émet l'espoir de voir bientôt réduire ces fixations à un chiffre uniforme, par la réduction du service à trois ans pour tous les jeunes gens.

Un chapitre entièrement nouveau nous paraît être celui où l'auteur étudie le vêtement et l'équipement du soldat. Partant des principes physiques, il envisage le vêtement au point de vue de la couleur des matières vestimentaires et de leur composition et conclut, pour le vêtement extérieur, à l'adoption exclusive de la laine teinte en couleur grise ou bleu foncé. Combattant avec raison la multiplicité des uniformes, il constate que l'armée française est entrée dans une voie d'améliorations prononcées, mais où beaucoup de progrès peuvent être accomplis, puis envisage successivement les différentes parties de chaque vêtement et, pour chacune d'elles, formule des desiderata, toujours basés sur l'expérience réelle des choses. Au point de vue de l'équipement, M. Morache nous montre le poids de chacun des objets constituant la charge du fantassin : ce poids s'élève à 32 k. 918 pour l'armée française, à 28 k. 240 dans l'armée allemande, à 28 k. 305 dans l'armée anglaise, à 31 k. 26 dans l'armée russe. Le chargement est excessif ; l'auteur propose certaines réductions qui, pour l'armée française, le feraient descendre à 25 k. 91 ; mais toute la question n'est pas là, il faut encore disposer ce chargement suivant les règles de la statique physiologique : on en vient donc à étudier le sac du soldat et la répartition des différents objets du chargement. Pour la cavalerie, la question a moins d'importance, cependant elle fait le sujet d'une étude spéciale, peut-être un peu du ressort de l'hygiène hippique.

L'alimentation du soldat en temps de paix et en temps de guerre embrasse un long chapitre dans les détails duquel nous ne pouvons

suivre l'auteur ; nous y constaterons une fois de plus l'insuffisance de nos rations, insuffisance qui porte surtout sur la quantité de la viande, l'absence du vin ou autre aliment d'épargne, enfin sur la monotonie excessive de ce régime. En opposition on peut constater les fixations beaucoup plus larges des armées anglaise et américaine, de l'armée allemande en campagne.

La question d'habitation du soldat a été traitée dans ce même dictionnaire aux articles CAMP et CASERNE, M. Morache n'y insiste donc pas et effleure seulement certains sujets récents, puis passe au chapitre intitulé : *Entretien de la santé*, chapitre dans lequel il range les soins de propreté, les exercices militaires, les marches enfin, qui jouent un si grand rôle dans l'hygiène des troupes en campagne.

Passant naturellement à la période de guerre, l'auteur suit le soldat dans les différents genres de campagne, dans les siéges, les campagnes d'hiver et d'été, les expéditions lointaines et montre pour chaque cas les points spéciaux qui doivent appeler l'attention des médecins.

Il étudie enfin la sortie du service, les conditions dans lesquelles le soldat est rendu à la vie civile, soit qu'il ait accompli le temps fixé par la loi, soit que des blessures ou des maladies le rendent impropre au métier des armes.

Cette longue et consciencieuse étude est terminée par une volumineuse bibliographie, ne contenant pas moins de 650 indications spéciales. Pour rendre les recherches plus faciles, l'auteur a pris soin de grouper cette bibliographie en huit chapitres spéciaux, divisés encore entre eux par ordre de date ou par ordre alphabétique. Ces indications, qui ont évidemment dû coûter à l'auteur de laborieuses recherches, ajouteront sans nul doute au mérite et à l'originalité de ce travail. A. CARTAZ.

Gesundheitspflege für das deutsche Heer (Traité d'hygiène pour l'armée allemande), par le Dr Adolphe BŒHME (*In*-8° *de* 219 *p.*, *Berlin*, 1873).

L'auteur publie sous ce titre une série de neuf conférences, qui, par leur ensemble, constituent un excellent traité élémentaire d'hygiène à l'usage des officiers; les médecins eux-mêmes, en particulier ceux qui ne font point partie des cadres permanents de l'armée, peuvent néanmoins le consulter avec fruit. Prenant le soldat au moment où la loi l'appelle sous les drapeaux, l'auteur le suit pas à pas dans les différentes situations où son service l'appelle. A vrai dire, l'ouvrage du Dr Bœhme ne contient pas un très-grand nombre de faits nouveaux, mais il résume de la façon la plus complète ce qu'il est indispensable de connaître lorsque l'on

appartient à l'armée ou que l'on est éventuellement appelé à y servir. C'est une œuvre de vulgarisation, c'est-à-dire de celles que l'on ne saurait assez encourager ; on ne peut espérer, en effet, que les officiers et les médecins pourront toujours faire eux-mêmes le long travail de recherches auquel l'auteur n'a pas craint de se livrer.

Écrit pour l'usage de l'armée allemande, ce traité d'hygiène contient une série de préceptes applicables dans tous les pays. Les différentes armées européennes se ressemblent, on le voit, singulièrement et tendent de plus en plus à se modeler les unes sur les autres. Nous relevons dans cet ouvrage les indications suivantes relatives à l'état sanitaire de l'armée prussienne :

De 1846 à 1863 la proportion des malades a été de 44,87 pour 1,000 hommes d'effectif ; en 1867 de 40,6; en 1868 de 44,3; en 1869 de 41,3. Les maladies infectieuses, fièvres typhoïdes, variole et fièvres éruptives, choléra, etc..., doivent être comptées comme cause du 1/3 des décès (2,2 pour 1,000 hommes d'effectif sur une perte totale annuelle de 6,5 pour 1,000). Suivant les différents corps d'armée, le nombre des journées d'invalidité s'élève pour chaque homme de 22,7 à 37,5 en moyenne ; le corps de la garde n'en présente que 16. La mortalité totale s'est élevée en 1867 à 6,19 pour 1,000 hommes d'effectif; en 1868 à 6,64; en 1869 à 6,1. Comme terme de comparaison nous devons rappeler que la mortalité de l'armée française servant à l'intérieur est montée pendant ces trois mêmes années : en 1867, à 11,74; en 1868 à 12,27; en 1869 à 9,55. La mortalité moyenne de l'armée française pendant la période de 1862-1869 a atteint le chiffre de 10,10. Cette différence en notre défaveur doit être une indication dont nous sommes tenus de profiter. G. MORACHE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Army medical department report for the year 1870 and supplement to report for 1869 (Rapport du département médical de l'armée anglaise pour l'année 1870 et supplément au rapport de 1869.) (*Vol. XII, Londres*, 1871.)

Précieux recueil de documents statistiques et hygiéniques relatifs à l'armée anglaise, dû à la collaboration des vice-inspecteurs généraux Balfour, Crawford et Massy. Nous en extrayons les chiffres suivants relatifs à la mortalité des troupes anglaises dans le Royaume-Uni et dans les colonies : Angleterre et Irlande, 9,48 pour 1,000 h. d'effectif ; Gibraltar et Malte, 8,70 ; Canada, 8,63 ; Bermudes, 12,06 ; Antilles, 9,06 ;

Sainte-Hélène et Cap, 13,94; Maurice, 16,54; Ceylan, 16,87; Australie, 8,21; Chine et Japon, 16,24; Indes-Orientales, 22,86; troupes embarquées, 12,37.

Pendant la période 1860-1869, la mortalité moyenne dans les mêmes localités a été de: Angleterre et Irlande, 9,51; Gibraltar et Malte, 11,27; Canada, 9,32; Bermudes, 29,88; Antilles, 16,40; Sainte-Hélène et Cap, 10,78; Maurice, 20,74; Ceylan, 22,69; Australie, 15,63; Chine et Japon, 37,58; Indes-Orientales, 27,29; troupes embarquées, 13,12.

G. MORACHE.

Ueber die Transportfähigkeit der Kranken und Verwundeten (Étude sur le transport des malades et des blessés),, par HEYFELDER. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, novembre* 1872, *p.* 596.)

L'auteur divise ainsi qu'il suit les catégories de blessures ou de maladies au point de vue de l'indication ou de la contre-indication du transport en temps de guerre :

Première catégorie. — Absolument intransportables : Plaies pénétrantes du crâne par coup de feu; fractures par coup de feu des vertèbres et de la colonne vertébrale; plaies pénétrantes du bassin par coup de feu et fractures du bassin.

Deuxième catégorie. — Dans lesquelles le transport est contre-indiqué pendant quelque temps : Plaies pénétrantes de poitrine dans les quinze premiers jours; les plaies des vaisseaux permettent le transport dès les premières semaines lorsque l'oblitération est consolidée par la formation d'un thrombus et que la fièvre est tombée; les amputés et réséqués peuvent voyager dès que la fièvre de réaction est passée et que la cicatrisation est en bonne voie.

Troisième catégorie. — Dans lesquelles le transport est généralement, mais non toujours contre-indiqué : Coup de feu de la hanche et du genou, fractures comminutives du fémur et du tibia; pour les affections internes, la fièvre typhoïde, surtout lorsqu'elle est en pleine évolution.

Quatrième catégorie. — Dans lesquelles le transport est formellement indiqué : Blessures et coups de feu des parties molles, abcès, ulcères, excoriations et autres accidents consécutifs à la marche; fractures simples et même compliquées des os, maladies de la peau, maladies des yeux, rhumatismes, maladies de l'appareil pulmonaire, diarrhée et dyssenterie.

G. MORACHE.

Conférences sur l'hygiène du soldat, appliquée spécialement aux troupes de la marine, par le Dr CHASTANG, médecin de 1re classe. (*Arch. de méd. navale., t. XX, p.* 1, 1873.)

Les archives de médecine navale reproduisent sous ce titre les conférences faites par l'auteur aux sous-officiers et soldats du 3e régiment d'infanterie de marine, en exécution d'une dépêche ministérielle du

20 mai 1870, invitant chaque médecin-major des troupes de la marine à faire des conférences, dans le but d'exposer aux soldats les principales règles de conduite qui peuvent contribuer à la conservation de la santé.

Destinées à un public relativement peu instruit, ces conférences devaient, en restant facilement compréhensibles à tous, demeurer cependant assez complètes pour devenir une sorte de guide hygiénique, à l'usage des régiments d'infanterie de la marine. L'auteur a su se maintenir sur ce terrain, et, par le choix heureux des sujets qu'il a abordés, n'aura pas manqué d'intéresser ses auditeurs, en leur inculquant aussi certaines idées pratiques dont ils feront leur profit.

Ce travail est divisé en sept parties. L'auteur prend d'abord le soldat à son arrivée au régiment, lui donne quelques conseils sur la ligne de conduite morale qu'il doit suivre, sur la discipline, sur la nécessité du travail intellectuel, puis il s'attache à montrer la nécessité d'une propreté méticuleuse dans les chambres, sur les vêtements, sur l'individu lui-même. La seconde partie se rapporte à la garnison de France ; elle renferme un énergique réquisitoire contre les dangers de l'alcoolisme, malheureusement assez répandu dans les populations de notre littoral océanien, et contre ceux du libertinage. Le Dr Chastang ne manque pas de montrer à ses auditeurs la voie funeste dans laquelle on s'engage dès que l'on commet le moindre écart à ce double point de vue, voie qui mène rapidement à la déchéance de l'individu comme à celle de l'espèce ; plus que tout autre, le soldat doit se préserver de ces vices, car ils le dégradent moralement, le rendent incapable de remplir son devoir ; l'ivrognerie et le libertinage sont, pour le soldat, une véritable désertion morale.

Moins sévère pour le tabac, l'auteur indique cependant les dangers de son abus, en particulier de l'usage de la chique, si chère aux marins et aux troupes de la marine.

Avec le chapitre III, l'auteur entre dans la partie réellement spéciale de son sujet; il en arrive au départ du soldat pour les colonies, étudie les conditions matérielles du séjour à bord des navires qui l'y transportent, les précautions qu'il convient de prendre pendant la traversée, puis encore au moment du débarquement dans les régions tropicales. En quelques pages, on peut y lire une sorte de traité complet sur l'hygiène des Européens dans ces régions ; c'est avec raison que l'auteur recommande avant tout la sobriété la plus absolue, comme le meilleur des préservatifs contre les dangers de la période d'acclimatement. Il suit alors le soldat dans les diverses situations du service, dans les petits postes, les garnisons de l'intérieur, dans les marches, les expéditions, et lui présente, sous une forme concise et familière, l'ensemble des précautions qu'il doit prendre, afin d'éviter les insolations, l'action des miasmes telluriques, et celle de ces mille causes de maladies dont les pays chauds sont malheureusement si abondamment fournis. Cette partie du travail de M. Chastang comprend les chapitres IV et V.

Au sixième et au septième, il envisage le retour en France, la libération du service, la rentrée dans la famille, et montre l'influence heureuse que peut exercer sur la famille et la société la période militaire de la vie de chaque Français, s'il a su acquérir, pendant son temps de service, toutes les qualités d'un bon soldat et rejeter, au contraire, les vices d'un soldat dépravé.

G. MORACHE.

Dans quelles limites les taches de la cornée rendent-elles impropre au service militaire, par J. van DOOREMAAL, traduit du hollandais par le Dr Bassignot. (*Arch. de méd. navale, t. XX, p.* 139, 1873.)

L'auteur étudie, sous ce titre, une des plus graves questions parmi celles que présente la visite des jeunes gens devant les conseils de révision ou dans les bureaux de recrutement. Après des recherches pathologiques fort intéressantes, l'auteur croit devoir poser les conclusions suivantes :

1° Dans les taches de la cornée, quelque insignifiantes qu'elles soient, on ne rencontre jamais une parfaite acuité de la vision ; 2° les obscurcissements périphériques, c'est-à-dire ceux qui, lors d'un examen dans un milieu bien éclairé, sont situés tout à fait en dehors du champ pupillaire, ne sont pas un obstacle à l'admission dans le service militaire ; 3° les taches excentriques de l'œil droit, c'est-à-dire toutes les taches qui sont situées en dehors du centre de la pupille, rendent impropre au service ; cependant, quand l'œil droit possède toute son acuité visuelle, une personne dont l'œil gauche porte une tache excentrique de la cornée peut être admise ; 4° les taches centrales de la cornée sont un empêchement à l'admission au service militaire. G. MORACHE.

Die Enstehung von Krankheiten als direkte Folge ausstrengender Märsche; Marschkrankheiten (L'origine des maladies, conséquences directes des marches excessives ; maladies de la marche), par W. THURN. (*Berlin*, 1872.)

Dans un long et consciencieux mémoire, l'auteur entreprend l'étude des accidents causés chez le soldat par des marches excessives. Plusieurs conditions concourent à les produire, le chargement anormal, l'absence d'un entraînement antérieur, la mauvaise disposition des pièces d'équipement ou des chaussures, et d'autre part l'influence des conditions extérieures, en particulier des éléments météréologiques, le froid excessif ou la chaleur. Cette dernière agit par l'influence calorifique des rayons solaires, mais aussi, en l'absence même de rayons directs, par le fait seul de l'élévation de la température. Dans le premier cas, on observe des insolations sous forme de congestions cérébrales, dans le second cas une série d'accidents connus en allemand sous le nom de *hitzschlag*, en France sous celui de *coup de chaleur*. Ces accidents, dont la physiologie n'est pas encore absolument déterminée, paraissent devoir être attribués à une dégénérescence subite des éléments nerveux périphériques, précédée d'une période d'excitation. Aussi, débutant par des phénomènes de dépression cérébrale, se terminent-ils par une période convulsive, puis par le coma. A l'autopsie on trouve d'ordinaire une congestion et quelquefois même des ruptures hémorrhagiques dans les viscères thoraciques.

La thérapeutique de ces derniers accidents n'est point encore établie ;

on combat les symptômes extérieurs, on cherche à stimuler l'appareil nerveux, à déterminer une dérivation sur les extrémités, mais il y a lieu d'entreprendre de nouvelles expériences sur ce point intéressant de la pathologie militaire. G. MORACHE.

Beiträge zur rationellen Feldverpflegung der Soldaten (De l'alimentation rationnelle du soldat en campagne), par A. DIEZ. (*Leipzig*, 1872.)

L'auteur, qui a été chargé pendant la dernière guerre du service des approvisionnements des troupes bavaroises, insiste vivement sur les inconvénients que présentent les salaisons et, d'autre part, les difficultés de faire suivre les armées par des troupeaux de bétail qui ne tardent pas à devenir malades et perdre ainsi la majeure partie de leurs qualités nutritives. Il propose de donner aux soldats comme ration habituelle des conserves de viande séchée à une température de 40° à 60° pendant six heures. Sur 500 grammes de viande, on obtient 142 grammes de conserve. Celle-ci, conservée pendant six mois, permet cependant de faire encore une soupe très-nourrissante. L'auteur applique le même procédé aux aliments végétaux. G. MORACHE.

Constatation des amblyopies et des amauroses par les symptômes et par les épreuves, par le Dr CUIGNET, méd. principal 2e classe. (*Recueil des mémoires de médecine militaire, t. XIX, p.* 255, 1873.)

L'auteur, dans le but de faciliter les expertises devant les conseils de révision ou pour la réforme des militaires, étudie un certain nombre de règles appuyées sur la théorie et sur l'observation. On peut les résumer ainsi qu'il suit :

Amaurose complète d'un œil. — Strabisme divergent, fréquent. Pupille dilatée, fréquent; immobile, assez fréquent. Pas de phosphènes. Pas d'image de Purkinje. Ne peut compter tous les points de la ligne quand on interpose un doigt. Voit simple avec verre prismatique de 15°. Ne reconnaît pas l'instant du passage de l'ombre devant la pupille. Voit le punctum cœcum. Offre une concordance absolue entre ces témoignages variés d'annulation visuelle. Examen ophtalmologique probant, en règle.

Amaurose incomplète ou amblyopie. — Peu ou très-peu de strabisme divergent. Dilatation médiocre et paresse de la pupille pour les impressions propres et synergiques, fréquent. Phosphènes affaiblis. Image de Purkinje modifiée. Offre des phénomènes d'achromatopsie, fréquent. Obnubilation nocturne, fréquent. Voit une interruption dans la ligne des points menus, ou des cercles peu marqués. Ne voit double qu'au point gros et ne voit pas double au point petit. Offre une concordance rationnelle entre tous ces signes de déchéance visuelle. Examen ophtalmoscopique probant, en règle générale.

Amaurose ou amblyopie, ou affaiblissement visuel simulé. — Aucune modification dans la cornée ou les pupilles. Ou dilatation excessive de la pupille par la belladone, absence de réaction de l'autre sur celle-là, mais conservation de la réaction de la pupille dilatée sur celle de l'autre œil. Pas de strabisme divergent. Phosphènes présents. Image de Purkinje accusée. Lit sans interruption le texte écrit ou la ligne des points. Voit double à travers un verre prismatique. Voit la lampe dans toute l'excursion. Ne voit pas le punctum cœcum. Examen ophtalmoscopique non probant.

Amaurose ou amblyopie, ou affaiblissement visuel dissimulé. — Clignement fréquent. Attitude normale de la face. Déviation du bulbe. Impossibilité de compter les doigts à longue distance. Modifications dans la pupille. Ne voit pas double avec verre prismatique. Ne voit pas toute l'excursion de la lampe. N'aperçoit pas un ou deux points de la ligne quand on interpose la règle. Altération superficielle ou profonde des composants de l'œil. Examen ophtalmoscopique probant.

G. MORACHE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Studien über das Feldsanitätswesen (Etudes sur le service de santé militaire), par M. Schmidt Ernsthausen. Br. in-8° de 87 p., Berlin.

Manuel d'hygiène et de premiers secours à l'usage des sous-officiers et des soldats. Traduit de l'allemand par le Dr Burgkly. Paris, br. in-12 de 40 p.

Aphorismen über das bayerische Militairsanitatswesen (Aphorismes sur le service de santé militaire en Bavière), par Rothmund. (*Aerztsliche Intelligensblatt*, n° 4).

Populäre Gesundheitslehre für Soldaten (Leçons familières sur la santé pour les soldats), par le baron Mundy, Vienne.

La nouvelle organisation du corps de santé de l'armée anglaise, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, p. 295.)

Etudes sur le service de santé militaire en Prusse, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. I, p. 127, 141, 211, 256, 367; t. II, p. 97, 201, 221, 253, 270, 326, 338, 346, et t. III, p. 19, 106, 283.)

Nouvelle formation des compagnies sanitaires en Bavière, par "70". (*Rev. milit. de l'Etranger*, t. III, p. 63.)

Etudes sur le service de santé dans l'armée russe, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, nos 103, 104, 105, et t. IV, nos 110, 111, 112.)

Etudes sur le service de santé dans l'armée austro-hongroise, par "70". (*Rev. militaire de l'Etranger*, t. IV, nos 126, 127, 128, 129, 132, 133, 134 et 138.)

Zur Lage der Kavallerie-aerzte (De la situation des médecins de cavalerie). (*Der militairærzt de Vienne*, n° 12.)

L'administration des hôpitaux militaires en Bavière, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, p. 160.)

Le service sanitaire volontaire des chevaliers allemands, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, p. 182.)

Le service pharmaceutique dans l'armée allemande, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, p. 416.)

Le service médical sur le champ de bataille dans l'armée anglaise, par "70". (*Revue militaire de l'Etranger*, t. III, p. 100.)

Zu der Gesund heitspflege aus den Schlachtfeldern (De l'hygiène des champs de bataille), par Frolich. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift*, p. 39.)

Les voitures d'ambulance à propos de la réforme du parc sanitaire autrichien, par "70". (*Revue méd. de l'Etranger*, t. II, p. 137.)

Les exercices de porteurs de malades en Allemagne, par "70". (*Revue médic. de l'Étranger*, t. III, p. 295.)

Etude sur la convention de Genève, considérée dans ses principes et dans son application. Br. in-12 de 79 p., par J. Arnould, Paris.

De la valeur comparative des amputations primitives et consécutives dans les fractures par armes à feu, par le Dr Taschard. (*Recueil des mém. de méd. et de chirurgie milit.*)

Du pansement à l'ouate, ses applications en campagne, par le Dr Gayda, (*Recueil des mém. de méd. milit.*, t. XIX, p. 505.)

L'introduction des lunettes pour les myopes dans l'armée austro-hongroise, par "70". (*Revue milit. de l'Étranger*, t. III, p, 168.)

Wie viel von Armaten and Gepäck darf dem Manne aufgebürdet werden (De quel équipement et de quel armement l'homme peut-il être chargé), par Kraus. (*Allgem. ærztl. Zeitung*, nos 18 à 24 et 29 à 50.)

Ueber Casematten als Wohnræume (Les casemates comme habitations), par Bussenius. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift*, p. 214.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

ANALYSES.

De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie, par J.-N. DEMARQUAY. (4 *pl.*, *Paris, J.-B. Baillière et fils*, 1874.)

Pour le chirurgien, qui chaque jour est appelé à porter le couteau sur les tissus les plus divers, il importe au plus haut point de connaître dans quelle mesure ces tissus sont susceptibles de se réparer. D'autre part, l'étude des faits nombreux relatifs aux divers modes d'activité nutritive des différentes parties du corps est un des points les plus importants de la physiologie générale.

L'auteur a donc eu une pensée heureuse en rassemblant et en résumant les nombreux travaux qui ont été publiés sur les régénérations. Il a, de plus, enrichi plusieurs chapitres de cette question par des expériences personnelles, notamment celui de la régénération des tendons.

Le premier point intéressant à déterminer, c'était évidemment la définition de la régénération considérée en général.

On a désigné sous ce nom un si grand nombre de processus différents, que la délimitation du sujet était chose indispensable.

L'auteur ne s'est pas préoccupé de cette difficulté; il a exposé simplement tous les documents relatifs à son sujet en évitant, autant que possible, les discussions scientifiques qui pourraient l'obscurcir.

On ne saurait l'en blâmer, car son but était, avant tout, de faire un livre utile à la pratique chirurgicale.

Cependant il aurait pu assez facilement, croyons-nous, grouper les faits qu'il passe en revue d'une manière plus nette et plus rigoureuse.

Quand on parcourt, en effet, le livre de M. Demarquay, on voit que les phénomènes décrits sous le titre commun de régénération peuvent se ranger au moins sous quatre titres distincts.

1° Dans une première catégorie de faits, on observe une reproduction complète d'une partie du corps, d'un organe ou d'un tissu, avec intégrité de la forme et de la structure antérieures.

Ce mode de réparation n'appartient qu'aux animaux inférieurs dont la structure simple permet de comprendre la régénération de portions, même considérables, par un simple phénomène de bourgeonnement.

Cependant des reproductions de portions très-complexes peuvent s'observer chez des animaux d'un ordre déjà très-élevé relativement, et c'est là un type de régénération qui ne se voit plus au sommet de l'échelle des êtres, et qui est bien distinct des autres processus appelés également régénérateurs chez les animaux supérieurs.

Cette tendance à la reproduction de la forme antérieure a ses limites; elle ne s'observe que pour certains organes ou pour les parties périphériques, en quelque sorte accessoires. C'est à ces faits que se rattachent la reproduction des nageoires chez les poissons, celle des membres et de la queue des lézards, etc. Toutefois, cette régénération ne se fait qu'à une condition mise en lumière par M. Philipeaux, à savoir : celle de laisser en place la racine, la souche en quelque sorte, de la partie dont on fait l'ablation.

S'il s'agit d'organes, comme la rate par exemple, les mêmes phénomènes de régénération peuvent encore s'observer si on en épargne un fragment qui, restant en place, peut reproduire l'organe entier.

2° On peut distinguer une seconde série de faits dans lesquels on observe une reproduction complète ou presque complète d'une partie lésée, mais non enlevée, ni incomplétement détruite.

C'est là un mode de réparation qui n'a encore été étudié que pour quelques tissus; mais ce qu'on en connaît a une importance pratique très-grande.

Il suffit pour le montrer de faire remarquer que la régénération des nerfs séparés des centres nerveux appartient à cette catégorie de réparation.

On sait que le nerf séparé de son centre par une section, une résection ou même une transplantation, subit une modification profonde, une véritable dégénération dont le dernier terme ne laisse plus subsister qu'une partie des éléments nerveux; puis que, même en l'absence du rétablissement des rapports normaux, ces restes de nerfs ont la propriété de se réparer, c'est-à-dire qu'ils deviennent le siége d'un processus qui aboutit à la restitution de la structure antérieure. C'est là un processus fort intéressant, qui forme presque à lui seul une catégorie définie dans l'histoire des régénérations.

On peut cependant en rapprocher le retour des muscles à l'état normal, à la suite des dégénérations symptomatiques, ou des atrophies consécutives au repos prolongé, à certaines paralysies, etc. Sans être identiques, ces faits ont une certaine analogie et, en tout cas, ils ne sauraient être confondus, ni avec ceux qui précèdent, ni avec ceux dont il nous reste encore à parler.

3° On trouve décrits, sous le titre de régénération, de simples phénomènes d'accroissement ou d'évolution qui se rattachent à l'étude de la nutrition normale.

Ainsi, dans le livre de M. Demarquay, on trouve l'histoire de la

régénération des bois (chez le cerf), des plumes, des dents, des ongles, etc. Ce sont là des phénomènes physiologiques dont l'étude peut servir à comprendre les faits de régénération proprement dite, mais qui ne peuvent être désignés sous le nom de régénération sans prêter à la confusion.

A côté d'eux vient se placer immédiatement tout un groupe de phénomènes qui offrent au point de vue pratique un intérêt considérable.

Ce sont les reproductions de l'os par le périoste, du cartilage par le périchondre, du cristallin par la cristalloïde, etc. Dans tous ces cas pathologiques, on ne constate que la mise en œuvre, sans déviation aucune, des phénomènes de nutrition normale.

Le processus appelé ici régénération est une sorte d'accroissement physiologique dans des conditions particulières. Pour bien faire comprendre ce point il faudrait entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin. Ces quelques mots suffisent, en somme, pour montrer l'intérêt des divisions que nous esquissons.

4° Enfin il nous reste à parler d'un dernier groupe très-naturel et très-important pour le chirurgien, c'est celui qui comprend tous les processus de cicatrisation. Dans ces cas on observe la réparation d'un fragment de tissu divisé, enlevé ou détruit, par la formation et l'interposition d'un tissu nouveau plus ou moins analogue à l'ancien ; mais qui en diffère cependant.

Ainsi les régénérations dans les plaies, avec ou sans perte de substance, qu'il s'agisse des nerfs, des muscles, des tendons ou de la peau etc., sont des réparations plus ou moins parfaites par bourgeonnement des parties restantes, et il ne se passe là rien d'analogue à la régénération véritable.

Enlevez chez l'homme un fragment de doigt ou d'orteil, un os entier, un muscle, un nerf, un tendon, ces parties ne se reproduiront pas.

Cruveilhier et Roux avaient donc raison de dire, à propos de la discussion déjà ancienne de cette question à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1836-37, t. I) :

« Il n'y a point de régénération véritable ; les parties une fois détruites ne renaissent pas. »

Mais les tissus divisés, les organes réséqués, se cicatrisent ou se réparent plus ou moins, grâce aux phénomènes qui se passent dans les fragments respectés.

On trouvera dans le livre de M. Demarquay l'exposé de nos connaissances sur ce sujet, et l'indication des conditions dans lesquelles ces réparations se font le plus complétement.

Les expériences nombreuses qu'il a entreprises sur la cicatrisation des tendons l'ont conduit à considérer la gaîne tendineuse comme jouant vis-à-vis du tendon le rôle que le périoste remplit vis-à-vis de l'os. G. H.

Septicémie.

Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur la septicémie, par M. COLIN. (*Bull. ac. de méd.*, *p.* 1175 *et suiv.*, *oct.* 1873.)

L'auteur a fait un nombre considérable d'expériences sur les matières putrides, dans le but surtout de montrer que les faits signalés particulièrement par M. Davaine sur le lapin ne se reproduisent pas chez tous les animaux. Il s'est surtout servi de la lancette, de préférence à la seringue de Pravaz, bien qu'il soit plus difficile par cette méthode, ainsi que M. Davaine le fait remarquer, de se rendre compte des doses employées.

Nous résumerons sous forme de propositions les conclusions les plus importantes de ce travail plein de faits intéressants :

1° Les matières putrides, le sang en décomposition, peuvent-ils déterminer la septicémie sur la plupart des animaux et particulièrement sur toutes les espèces domestiques ?

Un grand nombre d'animaux sont réfractaires à l'action du sang putréfié, ou du sang septicémique. Les animaux mis en expérience sont le rat, le chat, le chien, le mouton, la chèvre, l'âne, le cheval. Chez tous on n'obtient que des effets locaux peu importants ou une action toxique quand les doses employées sont considérables.

« L'état pathologique désigné sous le nom de septicémie n'est donc pas un effet constant et invariable du sang putréfié à l'air ou altéré dans l'organisme. C'est une réaction morbide donnée par certains animaux, mais que le plus grand nombre ne donne pas dans les conditions expérimentales. »

2° A quelle dose le sang, putréfié hors de l'économie ou altéré par le fait de la septicémie, peut-il produire une affection mortelle?

En faisant des dilutions par le mélange d'une goutte de sang en une seule fois avec la quantité d'eau voulue, de manière à éviter quelques causes d'erreur, M. Colin est arrivé, pour le lapin, à peu près aux mêmes doses que celles indiquées par M. Davaine. Mais des animaux plus petits, tel que le rat, résistent à une goutte entière et même plus.

Le sang septicémique, doué d'une puissance virulente si étonnante chez le lapin, n'a plus d'action sensible, même à des doses considérables sur un grand nombre d'animaux. Il serait donc téméraire de conclure d'un animal à un autre. La question d'aptitude domine celle des doses.

3° Les différents liquides de l'économie, les produits de sécrétion, le pus et les tissus altérés par la putridité ou par la septicémie jouissent-ils aussi de propriétés infectieuses ou contagifères?

Toutes les parties du cadavre des animaux morts de septicémie

sont dangereuses, mais à des degrés divers. Les liquides normaux ou pathologiques sont aussi délétères que le sang. Lorsque la putréfaction s'empare du cadavre, la propriété virulente devient d'autant moins prononcée que la décomposition est plus avancée. Le même fait s'observe pour le charbon.

4° Les produits volatils émanant des sujets septicémiques ou de leurs cadavres peuvent-ils donner lieu à la septicémie?

La réponse faite à cette question, étudiée sur des lapins, n'est pas encore décisive. La respiration des émanations d'animaux septicémiques vivants ou morts n'a pas produit de résultat. Sur 8 lapins inoculés avec les vapeurs condensées fournies par des cadavres septicémiques, deux seulement succombèrent, et encore l'auteur pense qu'il a pu y avoir une erreur.

5° Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par la muqueuse des voies digestives?

Chez beaucoup d'animaux tels que la chèvre, la brebis, le chien, le chat, le rat, la septicémie n'est pas inoculable par l'appareil digestif, elle ne paraît pas l'être davantage chez le lapin.

La digestion dépouille les débris septicémiques de leur virulence ; mais elle ne le fait dans l'estomac qu'au bout d'un temps très-long qui permettrait facilement l'absorption de la matière virulente. Celle-ci se comporterait donc à la manière du curare, des venins et de la plupart des virus.

6° Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides provenant d'animaux septicémiques?

L'auteur confirme d'abord la différence de puissance observée entre le sang putréfié et le sang septicémique. Il montre ensuite que sur le vivant, le sang, à la suite de l'inoculation, devient actif à un moment qui varie suivant la marche de la septicémie inoculée. Il doit exister alors des modifications chimiques et histologiques du sang. Relativement à ces dernières, M. Colin conclut de ses expériences que la virulence des diverses humeurs est acquise avant l'apparition des bactéries linéaires et des bactéries en chapelets.

Elle se montrerait au moment où des granules de nature indéterminée se développent en grand nombre dans le sang. Cette virulence, qui persiste longtemps sur le cadavre, s'affaiblit et s'éteint par la putréfactfon, et résulterait d'une altération spécifique distincte de la putridité.

7° En quoi consiste essentiellement la septicémie?

En pratiquant l'inoculation septicémique sur l'oreille d'un lapin, on peut facilement établir que, dès qu'une proportion infinitésimale des principes virulents est absorbée, l'amputation de l'oreille ne peut plus empêcher l'évolution de la maladie. C'est là un fait analogue à celui que l'on observe pour le charbon.

D'autre part, on voit ainsi que la suppression du travail local n'entrave nullement l'évolution de la septicémie.

Si l'on suit cette évolution, tant au point de vue des symptômes que des altérations du sang, on se convainc bientôt que la lésion spécifique dont il est question plus haut est distincte de la présence des vibrioniens dans les humeurs; mais cette altération qui constitue essentiellement la septicémie, M. Colin ne la connaît pas. Il la compare à celles parfaitement inconnues encore du choléra, de la peste, etc. Il fait donc de la septicémie une maladie spécifique inoculable et par conséquent analogue aux maladies virulentes.

8° Quels sont les symptômes et les lésions de cet état morbide?

L'étude faite par l'auteur pour répondre à cette question ajoute peu aux descriptions antérieures. Cependant on y trouve combattue l'assimilation faite par quelques observateurs entre les granules fixes ou mouvants du sang et les vibrioniens. La bactérie serait étrangère à la septicémie. L'altération du sang propre à cette maladie échapperait encore aux investigations microscopiques faites pendant la vie ou au moment de la mort. C'est seulement sur le cadavre que les bactéries se développeraient rapidement.

Au point de vue de la marche de la septicémie, l'auteur est arrivé à des résultats confirmatifs de ceux annoncés par MM. Béhier et Vulpian.

« Elle se montre sous un aspect variable : tantôt peu accentuée, tuant lentement, épargnant quelques animaux; tantôt violente, rapide, emportant tous les malades avec de nombreuses lésions viscérales. Conséquemment, elle se comporte comme la plupart des maladies contagieuses qui sont, dans certains cas, bénignes, peu transmissibles, et, dans d'autres, malignes, de courte durée et d'une extrême virulence. » G H.

Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen von Bacterien im Kaninchenblute bei Septicämie (Recherches expérimentales sur la présence des bactéries dans le sang des lapins septicémiques), par le Dr Gesualdo CLEMENTI, de Caltagirone. (*Centralblatt*, 1873, *n°* 45.)

L'auteur rend compte dans cet article d'expériences qu'il a faites dans le laboratoire de Virchow.

Il a vu fréquemment, comme M. Vulpian avant lui, des granulations mouvantes ou immobiles dans le sang des lapins septicémiques, mais il lui semble difficile de décider si l'on a affaire dans ces cas à de véritables organismes vivants ou à des débris de corpuscules sanguins en voie de destruction. Pour la forme et la grandeur, ils ressemblent à chacun des anneaux des bactéries sphériques; mais tandis que ceux-ci se montrent ordinairement en série de 2, 3, 8 chaînons, etc., formant des chaînes ou des couronnes, l'auteur n'a jamais vu les seconds qu'isolés ou deux à deux.

Tandis que, d'après cette observation, ces granulations se dis-

tinguent des bactéries sphériques, elles ont d'autre part une grande ressemblance avec les granulations que l'on voit quoiqu'en moins grand nombre dans le sang de l'homme et des animaux sains.

L'auteur, pour s'assurer que le sang des lapins septicémiques contient, si non des bactéries complétement développées, du moins des germes, a cherché à savoir s'il se développe des bactéries quand on mélange ce sang avec le liquide de Pasteur.

Il a expérimenté sur le sang enlevé à des animaux à différentes périodes de la maladie causée par une inoculation de sang putride. Le mélange avec le liquide de Pasteur était fait à l'abri de l'air. Les éprouvettes furent ouvertes au bout de cinq à huit jours, et le liquide de Pasteur n'avait pas éprouvé le moindre trouble. Dans quelques gouttes du liquide qu'il a examinées, Clementi a trouvé les corpuscules du sang peu changés, un petit nombre de fines granulations sans mouvements propres, rondes, de grosseur inégale, mais toutes isolées; il n'a jamais vu de chaînes de bactéries sphériques, de bâtonnets ni d'autres organismes. Il a répété les mêmes expériences sur le sang d'animaux sains, et y a trouvé les mêmes granulations, de même volume et aussi nombreuses.

Y eut-il eu dans le sang des lapins des bactéries ou seulement des germes, ils se seraient multipliés dans le liquide de Pasteur. En effet, ayant mélangé dans une autre éprouvette le liquide de Pasteur avec une quantité aussi faible que possible de sang putréfié, il vit le liquide se troubler au bout de deux jours, et le cinquième il avait un aspect laiteux. Il présentait aussi bien des bactéries sphériques que des bâtonnets dans tous leurs stades de développement. Si l'on réfléchit du reste que le sang putréfié, même ayant bouilli plusieurs heures, ne perd pas son action toxique, et que des organismes microscopiques qui peuvent engendrer la fermentation ou la putréfaction perdent cette propriété par l'action d'une température de 100°, l'opinion de MM. Vulpian et Davaine, qui attribuent l'action nuisible du sang putréfié aux bactéries ou autres organismes connus, ne paraît pas justifiée pour M. Clementi.

Par là, l'auteur ne prétend pas exclure la possibilité que ce soient des animalcules jusqu'à ce jour inconnus qui puissent engendrer la maladie. M. Davaine admet que certains produits de putréfaction (acide sulfhydrique, ammoniaque) sont sécrétés par l'animal et qu'ils arrêtent le développement de la substance toxique dans le sang, qui se putréfie en dehors de l'organisme.

Dans ce but, M. Clementi a recherché si l'air expiré par les lapins malades contient réellement de l'hydrogène sulfuré; or, dans plusieurs expériences qu'il expose en détail il n'en a pas trouvé. Il ne prétend pas nier cependant la putréfaction du sang dans l'organisme même et le développement de l'acide sulfhydrique, parce que ce gaz, si facilement décomposable, peut produire son effet

immédiatement après sa production et avant d'arriver dans l'air expiré. H. CHOUPPE.

Réflexions sur les générations spontanées, à propos d'une note de M. H. Gayon « sur les altérations spontanées des œufs » et d'une note de M. Crace-Calvert « sur le pouvoir de quelques substances de prévenir le développement de la vie protoplasmatique, » par A. BÉCHAMP. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 8 *sept.* 1873.)

Répondant à M. Gayon, pour lequel la putréfaction de l'œuf est produite par des germes de l'air, accidentellement introduits dans l'œuf avant le dépôt de l'enveloppe calcaire de la coquille, M. Béchamp s'attache à montrer l'insuffisance du procédé de M. Pasteur pour conserver au contact de l'air pur, à l'abri de tous germes actifs, les liquides organiques. M. Béchamp a beaucoup plus de confiance dans l'emploi de la créosote ou de l'acide phénique, qui tous deux créent un milieu stérile où n'apparaît rien d'organisé. Revenant alors à la putréfaction des œufs, M. Béchamp l'attribue aux *microzymas* du jaune, « microzymas d'un ordre spécial, sans doute par destination. » M. D.

Recherches relatives à l'action de la chaleur sur le virus charbonneux, note de M. DAVAINE. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 29 *sept.* 1873.)

A la suite d'une série de recherches sur les *agents antiseptiques*, M. Davaine communique aujourd'hui les résultats obtenus en faisant usage de la chaleur pour détruire le virus charbonneux.

Tandis que le virus de la septicémie n'est nullement détruit par une longue ébullition, on voit au contraire l'eau contenant un cinq millième de sang charbonneux perdre toutes ses propriétés infectieuses après avoir passé par une température de 55 et même de 48 degrés cent. Il en est à peu près de même du sang charbonneux, à une température qui ne le coagule pas.

La chaleur agit en tuant les *bactéridies :* ces petits organismes sont en ceci tout à fait semblables aux *animaux reviviscents*, aux *rotifères* par exemple, c'est-à-dire que, tandis qu'ils ne résistent pas à la chaleur lorsqu'ils sont humides, ils peuvent, lorsqu'ils ont été préalablement bien desséchés, supporter une température voisine de 100 degrés, et présenter ensuite le phénomène de la réviviscence en présence de l'eau.

Les tentatives d'applications pratiques de ces faits nouveaux ne sont pas moins intéressantes, et M. Davaine a expérimenté une méthode qui représente assez bien chez les animaux ce que M. Pasteur a réalisé pour les vins, en détruisant dans ceux-ci, par

le chauffage, les germes de décomposition. Il était impossible de *chauffer un animal* tout entier, puisque nous savons que les animaux meurent instantanément quand leur sang atteint 45°, mais les tentatives de *chauffage local* ont donné quelques heureux résultats ; il faut pour cela, le charbon étant primitivement local, suspendre la circulation dans le lieu où siége la pustule : des expériences sur l'oreille du lapin ont été faites, soit en comprimant seulement les vaisseaux, soit en comprimant tout l'organe avec un corps dur chauffé à 51°. Ces dernières ont donné les résultats les plus favorables, à la suite desquels M. Davaine propose de tenter le même procédé sur l'homme : chez celui-ci la pustule maligne est toujours superficielle au début, et la compression avec un corps dur, un marteau par exemple, maintenu à une température de 51° cent., doit facilement faire pénétrer la chaleur dans toute son épaisseur. Cette application donne lieu à une cuisson très-tolérable et à une rougeur qui se dissipe en quelques heures. M. D.

Recherches relatives à l'action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux, note de M. C. DAVAINE. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 13 *oct.* 1873.)

M. Davaine choisit le cobaye comme propre à servir de réactif pour révéler l'existence du virus charbonneux, même en quantité minime, puisque cet animal est tué constamment par une dose de sang charbonneux inférieure à un cent millième de goutte. Si donc, dit-il, on mêle avec de l'eau un *centième*, un *millième*, un *dix-millième* de sang charbonneux, et si l'on ajoute à cette eau la substance dont on veut connaître l'action antiseptique, il suffit, après un certain temps de contact, d'injecter sous la peau d'un cobaye une seule goutte de ce liquide : si l'animal continue de vivre, c'est que le virus a été détruit par la substance antiseptique ; il mourra au contraire si le virus est resté intact. M. Davaine rend compte d'un grand nombre d'expériences de ce genre dans lesquelles il a èssayé l'action de l'*acide chromique*, de l'*acide chorhydrique*, de l'*ammoniaque*, du *silicate de soude*, de la *potasse caustique*, du *permanganate de potasse*, de l'*iode*, de l'*acide phénique*, etc. Dans ces expériences, en employant les plus faibles doses possibles des agents antiseptiques, il a observé quelques irrégularités, qu'il explique facilement en raison de la nature même du virus, et ces irrégularités prouveraient, si le fait n'était aujourd'hui suffisamment démontré, que le virus charbonneux est un corps solide et non une substance soluble. L'auteur arrive en définitive à cette conclusion que l'*iode doit être considéré comme le meilleur antiseptique à opposer aux maladies charbonneuses :* des

injections d'eau iodée au $\frac{1}{6000}$ sont parfaitement tolérées par les tissus; et peut-être dans l'œdème charbonneux, qui est constamment mortel pour l'homme, ces injections donneront d'heureux résultats. M. DUVAL.

TRAVAUX A CONSULTER.

De l'influence des sulfates sur la production du goître, note de M. BERGERET; et Remarques sur la thyroïdite aiguë, par M. LARREY. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 29 *sept.* 1873.)

M. Bergeret attribue le goître au sulfate de chaux : d'une part, les habitants de Saxon-les-Bains étaient généralement goîtreux avant 1835; ils buvaient alors une eau qui coule sur un banc de gypse ; depuis cette époque, la localité ayant été alimentée d'une eau qui n'a plus aucun contact avec le gypse, le goître a diminué, sinon disparu.

D'autre part, on observe en ce moment un *goître épidémique* à la caserne de Saint-Étienne. M. Bergeret l'attribue à l'*excès des sulfates mis en circulation dans le sang* par une détrophie musculaire exagérée, qui a l'exercice forcé pour cause.

M. Larrey s'élève contre ce dernier point de la note de M. Bergeret : laissant de côté l'hypothèse de la *désassimilation musculaire* qui produirait des sulfates et des phosphates, il se contente de rappeler qu'il a, dès 1831, dans un mémoire à l'Académie de médecine, démontré que ce prétendu *goître épidémique* des jeunes soldats est simplement une *thyroïdite aiguë* produite par la constriction qu'occasionne le col et l'agrafe d'uniforme ; et en effet, une décision du ministre de la guerre ayant prescrit de remplacer le col par la cravate, dans toute l'infanterie, les engorgements glanduleux du cou sont dès lors devenus aussi rares qu'ils avaient été fréquents auparavant.

Dans une nouvelle note (*Compt. rend. de l'Acad. des scien.*, 13 oct. 1873), M. Bergeret, répondant à M. Larrey, et tout en reconnaissant l'influence de la cravate de laine, insiste sur l'analogie des symptômes présentés par les individus qui boivent de l'eau fortement gypseuse et par ceux qui ont dans le sang des sulfates en excès (dans les deux cas : anémie, papillôme du palais, des amygdales et du larynx, desquamation épithéliale plus au moins considérable des reins et de la vessie ; *goître ;* parfois albuminurie.) M. D.

The typhoid condition (De l'état typhoïde), par J.-Milner FOTHERGILL. (*Edinburgh medical journal, déc.* 1873, *p.* 225.)

Cette difficile question de pathologie générale, assez bien connue dans ses détails cliniques, l'est beaucoup moins dans son essence. Après avoir

montré combien fréquemment on confondait encore l'état typhoïde avec la fièvre typhoïde, l'auteur s'applique à analyser les divers phénomènes qui se passent dans l'intimité des tissus chez un fébricitant. Il les ramène aux cinq chefs suivants :

1° C'est dans les muscles que se produisent les phénomènes chimiques morbides les plus actifs, car c'est dans leur intérieur que l'on constate la température la plus élevée (expériences de Bennett Dowler chez les malades atteints de fièvre jaune) ;

2° C'est aussi le système musculaire qui subit le plus rapidement les atteintes de la maladie : l'atrophie des muscles dans les fièvres continues est un fait connu de tout le monde ;

3° Comme conséquence de ce travail de désintégration survient très-rapidement une faiblesse considérable et une sensation d'anéantissement péciale. Le fébricitant produit en effet une somme de chaleur équivalente à un travail énorme.

4° Les résultats de ces combustions musculaires se traduisent par une augmentation d'urée, dont l'excrétion devient double et triple de ce qu'elle est dans l'état normal ;

5° Le tout aboutit à une destruction plus ou moins complète de la fibre musculaire, bien connue depuis les travaux de Zenker, Buchanan, Harlez, etc.

Le phénomène capital dans tout état typhoïde est donc l'augmentation des phénomènes de combustion interstitiels. Mais cette condition se montre-t-elle comme la conséquence d'une fièvre spécifique, ou bien est-elle simplement due à l'élévation de la température ? Là est en réalité le nœud de la question.

A cela, l'expérimentation a déjà répondu. Unruh, en Angleterre, a montré les mêmes phénomènes se produisant dans une foule de maladies différentes de nature. Naunyn, Thudicum ont fait voir que la désintégration des matières azotées s'accompagne toujours d'une élévation de la température : l'imminence de l'état typhoïde est alors constituée ; mais cette condition ne survient pas fatalement, parce qu'alors le rein exagère son fonctionnement normal et qu'il élimine rapidement la « matière peccante. »

C'est la rétention de ces matériaux de combustion, destinés à être éliminés, qui crée véritablement l'état typhoïde. Celui-ci peut se produire sous une double influence : ou bien il y a excès de production de ces déchets organiques, qui, en un temps donné, ne peuvent sortir de l'organisme et s'y accumulent; ou bien, dans des conditions de combustion normale, l'insuffisance du filtre rénal amène les même effets : on se trouve alors en face d'un état typhoïde spécial, l'urémie.

De là vient que cliniquement une foule de maladies septiques, la fièvre hectique, la dyssenterie, l'érysipèle, la pneumonie suppurée, se traduisent par une série de phénomènes presque identiques, correspondant à une altération commune de l'organisme. Quant à la question de savoir s'il existe un centre de calorification comme un centre vaso-moteur, l'auteur ne se prononce pas à cet égard.

Les conséquences thérapeutiques de cette façon d'envisager l'état typhoïde sont les suivantes :

L'excès de température étant un des grands dangers, il faut avant tout

chercher à l'abaisser : on y parvient par les bains prolongés, ou mieux par les affusions froides.

La nécessité d'une élimination rapide du produit de désintégration des tissus s'imposant d'elle même, il faut, autant que possible, agir sur les reins et assurer leur libre fonctionnement. Pour cela, l'auteur conseille les acides végétaux, les diurétiques, et particulièrement le bitartrate de potasse, les purgatifs légers et répétés, enfin les diaphorétiques quand ils sont praticables. Bien entendu, les toniques et les excitants diffusibles (la théine particulièrement) seront toujours concurremment indiqués.

H. RENDU.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1873.

Handbuch der allgemeinen Pathologie (Pathologie générale; nouv. édit.), par UHLE et WAGNER. Leipzig.

Uno sguardo alla patologia generale (Coup d'œil sur la pathologie générale), par Ach. de GIOVANNI. (*Gaz. med. ital. lomb. de Milan.*)

Studio medico sulla longevità (Étude médicale sur la longévité). Mémoire lu à l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, séance du 13 février 1873, par le Dr P. PREDIERI. (*Bullettino delle sc. med.*, mai, p. 390.)

La dottrina della successione dei tessuti e dei processi morbosi e la sua prestanza nella cura della malattie (La doctrine de la succession des tissus et des processus morbides et leur importance dans le traitement des maladies), par le Dr J. SANGALLI. Memoire lu à l'Institut R. lombard des sc. et lettres, séance du 31 juillet. (*Bull. delle sc. med. de Bologne,* septembre, p. 213)

Rapport de la commission des maladies régnantes pour juillet, août et septembre, fait à la Soc. méd. des hôp., par M. E. BESNIER. (*Un. méd.*, p. 733 et 754.)

Rapport sur quelques épidémies observées en Belgique en 1872 et 1873, par M. PIGEOLET. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, n° 7, p. 439.) Epidémies de dyssenterie, de variole, scarlatine, fièvre typhoïde, typhus, ophthalmie.

Maladies régnantes à la Nouvelle-Orléans, par Joseph JONES. (*The Boston med. and surg. Journal,* 31 juillet.)

Ueber dei Etiologie des Typhus (De l'étiologie de la fièvre typhoïde). Discussion à la réunion médicale de Munich. (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nos 8 et 9, 21 et 28 février.)

Mount-Desert and typhoïd fever during the summer of 1873 (Epidémie de fièvre typhoïde à Mount-Desert, pendant l'été de 1873. Causes de cette épi-

démie), par Wm. J. Morton. (*The Boston med. and surg. Journal*, octobre et novembre.)

Report concerning a remarkable local prevalence of Enteric fever (Rapport sur une épidémie de fièvre entérique propagée par le lait), par Jas. B. Russell. (*The Glasgow med. Journal*, août.)

Die epidemischen Krankheiten in Stuttgart m. Einschluss der Tuberculose u. Syphilis (Des maladies épidémiques à Studgart. De la tuberculose et de la syphilis), par Burkart. Tubingue.

Beiträge zur Pocken-statistik nach der Erfahrungen aus den Pocken-epidemie 1871-72 in Breslau (Etude statistique sur l'épidémie de variole observée à Breslau en 1871-72), par Pastau. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XIIe vol.)

Ueber Infectionskrankheiten (Des maladies infectieuses), par le Dr Wiebecke. (*Viertelj. f. gericht. med. u. œffent. Sanit.*, nos d'avril et octobre.)

Zur Naturgeschichte der acuten Infectionskrankheiten (Sur l'histoire naturelle des maladies infectieuses), par Gerhardt. (*Deutsches Archiv. für klinische medicin*, XIIe vol., p. 1.)

Ueber den Gährungsprocess vom med.-chem. Standpuntke (De la fermentation au point de vue médico-chimique), par K. B. Hofmann. (*Mittheil d. ærztl. Ver in Wien.* II. 10-12.)

The Germ-Theory of diseases applied to the explanation of the phenomena of idiopathic fever (La théorie des germes morbides adaptée à l'explication des phénomènes de la fièvre idiopathique), par J. Maclagan. (*Brit. med. Journ.*, 30 août.)

De l'influence qu'exercent certains gaz sur la conservation des œufs, par F. C. Calvert. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 3 nov.) De l'influence de quelques substances sur la conservation des œufs. (*Id.. id.*)

Métamorphisme et mutabilité physiologiques de certains microphytes sous l'influence des milieux ; relation de ces phénomènes avec la cause initiale des fermentations, etc , etc., par M. J. Duval. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 3 nov.)

SUITE DES RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

DE LA

GYNÉCOLOGIE ET DE L'OBSTÉTRIQUE.

Kyste dermoïde pileux de l'ovaire chez une femme de 75 ans, par Aron. *Gaz des hôp.*, 1065.)

Dermoidcyste des Eiesrtockes (Kyste dermoïde de l'ovaire), par Ponfick. (*Beitrage Zur Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 2, Berlin.)

Kystes de l'ovaire traités par la canule à demeure, par DESPRÈS. (*Soc. de chir. Gaz. des hôp.*, p. 757.)

Note on the treatment of suppurating ovarian cysts by drainage (Note sur le traitement des kystes suppurés de l'ovaire par le drainage), par le Dr J. J. PHILLIPS. (*Trans. of the obst. soc. of London*, vol. XIV, p. 340-344.)

Un cistovario crepato spontaneamente (Un kyste de l'ovaire ouvert spontanément), communication à la 2e conférence du collège médical de Trieste, par le Dr MENZEL. (*Il Morgagni*, fasc. VI, p. 436.)

Cases of Ovariotomy (Observations d'ovariotomie), par Washington L. ATLEE. (*Philad. med. Times*, 25 oct., t. IV, p. 54.)

Zwei Ovariotomien, par le Dr Franz HOFFMANN, de Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 45.) Deux cas suivis de guérison; dans l'un, le pédicule maintenu dans la cavité abdominale fut éliminé par l'intestin; dans l'autre le pédicule fut laissé au dehors,)

Successful case of ovariotomy, par le Dr WALSH, Surgeon to the Adelaïde Hospital. (*Irish. hosp. Gaz.*, oct., p. 307.)

Ovariotomy five weeks after confinement; albuminuria; death on the thirty-ninth day (Ovariotomie cinq semaines après l'accouchement; albuminurie; mort au trente-neuvième jour), par John C. GOODING. (*The Lancet*' 4 oct., t. II, p. 493.)

Ovariotomy; drainage-tube passed from the peritoneal cavity trough the vagina (Ovariotomie; tube à drainage passé de la cavité péritonéale à travers le vagin). *Addenbrooke's Hospital, Cambridge*, par le prof. HUMPHRY. (*The Lancet*, 18 oct., t. II, p. 556.)

De la ovariotomia, memoria de pueba para obtener il grado de licenciado en la facultad de medicina, par don E. DESSANER, Santiago de Chile. Trois ovariotomies pratiquées au Chili. (*Anal. dans Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. III, nos 1 et 2, sept.)

Relation de trois nouveaux cas d'ovariotomie, par le Dr G. BODDAERT, chirurgien de l'hôpital civil de Gand. (*Bull. de l'acad. roy. de méd.*, de Belgique, t. VII, p. 344.)

Twelve cases of ovariotomy (Douze observations d'ovariotomie). *St-Mary's Hospital, Manchester*, par le Dr Lloyd ROBERTS, (suite). (*The Lancet*, 20 sept., t. II, p. 416.)

Lehrbuch der Geburtshülfe (Traité d'accouchements), par K. SCHRŒDER. BONN.

A system of Midwifery, including the diseases of pregnancy and the puerperal state (Traité d'accouchement et de maladies de la grossesse et de l'état puerpéral), par W. LEISHMAN. — Glasgow.

Three interesting obstetric cases (Observations obstétricales), par John AIKMAN. (*The Glasgow med. Journ.*, août.)

The report of Columbia hospital for women and Lying in asylum, Washington, D. C. (Compte rendu de l'hôpital Columbia pour les femmes, et de l'asile d'accouchements, Washington), by Harry THOMPSON, surgeon in Chief. (With an Appendix, in-4o, p. 130, Washington; *Governement Printing office.*)

Irregular uterine contraction (De la contraction irrégulière de l'utérus), par le Dr E. H. Trenholme. (*Trans. of the obst. soc. of London*, vol. XIV, p. 231-239.)

Long delay of labour after discharge of the liquor Amnii (Lenteur excessive du travail après la perte des eaux), par le Dr M. Duncan. (*Idem*, p. 216-227.)

Dilatation rapide du col utérin, par Kœberlé. (*Société médicale de Strasbourg*, *Gazette méd. de Strasbourg*, nov.)

Abtrennung der Portio vaginalis im Wochenbett (Rupture de la portion vaginale du col chez une nouvelle accouchée), par P. Ruge, soc. obstétric. de Berlin, séance du 8 avril. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 44.)

Utilità dell'ascoltazione intravaginale a fare diagnosi de primi tempi della gravidanza,specialemente quando con altri mezzi non fosse possibile il farla (Utilité de l'auscultation intravaginale pour le diagnostic des premiers temps de la grossesse surtout lorsque les autres moyens de diagnostic font défaut), communication du Dr F. Verardini, à l'académie des sciences de l'institut de Bologne, séance des 12 et 19 déc. 1872. (*Bulletino delle sc. med.*, février, p. 142.)

Sex of fetus in utero indicated by the heart's pulsations (Sexe indiqué par le nombre des pulsations), par Palmer. (*American Practitioner*, octobre.)

On a case of prolonged utero gestation (Observation de grossesse prolongée), par Robt. Park. (*The Glasgow med. Journ.*, août.)

Case of triplets: Male living children (Grossesse trigémellaire, enfants mâles), par Edwd. Sandwell. (*Brit. méd. Journ.*, nº 673.)

Conception chez une femme de cinquante ans; ménopause depuis deux ans; éclampsie après l'accouchement; guérison, par le Dr Ch. Deshayes. (*Gaz. hebd. méd. et chir.*, nº 46.)

Observation: femme ayant eu 14 grossesses; affection cardiaque accompagnée de phénomènes d'angine de poitrine symptomatique survenant dans le courant de la 15e, 16e, 17e grossesses terminées par avortement dans le courant du 6e mois, par P. Budin, interne des hôpitaux. (*Prog. Méd.*, nº 19, p. 217.)

Abstracts of two lectures on the anatomy and physiology of the ovum in the early months of pregnancy (Extrait de deux leçons sur l'anatomie et la physiologie de l'œuf dans les premiers mois de la grossesse), par R. J. Lee. (*The Lancet*, 18 oct., t. II, p. 549.)

Utérus bifide, présentation pelvienne (1re position), péritonite; mort. (*Soc. méd. de Reims*. Bull. nº 11.)

Die Schrägheit des Collum und Os uteri gravidi, ihre Ursache, Folgen und möglichst schnelle Beseitigung beim Gebäract (De l'obliquité du col de l'utérus et du museau de tanche pendant la grossesse, de ses causes, de ses suites et de la possibilité d'un redressement rapide pendant l'accouchement), par F. Küchenmeister. (*Osterreisch. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nº 6, 7 février.)

De la noix vomique contre les vomissements de la grossesse, par L. S. Blackwel. (*Philad. Report.*, 8 nov.)

Fall von künstt. Frühgeburt nebst Bemerkungen über die Methoden zur

Einleitung des Part. prœmaturus (Cas d'accouchement prématuré artificiel avec observations sur les méthodes employées), par K. Drescher. (*Würtemb. Corr-Bl.*, 21.)

Note sur un cas d'avortement, avec délivrance artificielle retardée; par le Dr P. Marduel. (*Lyon Méd.*, nº 17, p. 537.)

On the early viability of the fetus in premature deliveries (De la viabilité précoce du fœtus dans les cas d'accouchement prématuré), par le Dr Thomas More Madden. (*The obstetr. Journ.*, nº II, p. 80-89, London.)

De l'emploi du chloral hydraté, comme adjuvant de l'opium, dans un cas de menace d'avortement, par le Dr Jules Besnier. (*Un. méd.*, nº 114, p. 495.)

Over miskraam (Sur la fausse-couche), par le Dr H. J. Broers. (*Journal de médecine*, nov., p. 597.)

Expulsion spontanée d'un polype utérin et d'un fœtus avec son placenta après l'administration d'un purgatif, par J. R. Beck. (*Philad. med. Times* mai.)

Placenta contralmente previa, emorragia grave; presentazione di spalla destra in posizione sinistra con procidenzo del braccio destro, rivolgimenti estrazione di un bambino sette mesi vivo; puerperio rigolare (Hémorrhagie grave, présentation de l'épaule droite avec procidence du bras droit, version, enfant vivant de 7 mois couches régulières), par Ed. Porro. (*Gaz. med. ital. lomb. Gerente.*)

Ueber die Behandlung von mit Placenta prævia complic. Feburten (Sur le traitement des grossesses compliquées de placenta prævia), par von Hecker. (*Bayer. ærztl. Int. bl.*, 22.)

Ueber placenta prævia (De l'insertion vicieuse du Placenta), par C. Rokitansky, (fin.) (*Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nº 12, 13 et 14.)

Assisted evolution of the fetus in cases of jammed shoulder presentations (Manœuvres pour favoriser l'évolution du fœtus dans les cas de présentation de l'épaule), par le Dr Andrew Inglis. (*The obstet. Journ.*, avril, p. 18-20.)

Note historique sur les Chamberlen de Londres et sur l'invention du forceps, par le Dr A. Mattei. (*Gaz. obstét.*, oct. et nov.)

On the use of the Forceps in midwifery (Sur l'emploi du forceps en obstétrique), par James More. (*The Lancet*, 25 oct., t. II, p. 590.)

Observation de dystocie chez une rachitique; par le Dr Chambard. (*Lyon méd.*, nº 19, p. 21.)

Extraction eines abgerissenen,im Uterus zuruckgebliebenen Kindeskopfes (Extraction d'une tête de fœtus arrachée, demeurée dans la matrice), par F. Küchenmeister. (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, nº 5, 31 janv.)

Le gérant : G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

ANALYSES

Mémoire sur le développement, la structure et les propriétés physiologiques des capillaires sanguins et lymphatiques, avec 5 planches, par le professeur Charles ROUGET. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n*° 6.)

Première partie. — *Développement et structure des capillaires lymphatiques et sanguins chez les amphibiens.* — Kölliker observa le premier le développement des vaisseaux lymphatiques dans la membrane natatoire caudale des têtards des batraciens. Comme Kölliker, M. Rouget s'est servi de larves de batraciens de différents genres. L'artère et la veine axiales sont masquées par des masses musculaires et des cellules pigmentaires, mais peu après l'éclosion elles donnent naissance d'avant en arrière à des anses vasculaires qui pénètrent dans la membrane natatoire. Le plasma du sang pénètre d'abord seul dans ces nouveaux vaisseaux ; ce n'est guère que dans les arcades complètes que l'on voit des globules sanguins. Il résulte de là qu'on pourrait les confondre facilement avec les lymphatiques, mais ces derniers ne se développent généralement qu'après les capillaires sanguins. Ceux-ci, provenant des troncs artériels et veineux, consistent d'abord en tubes courts et droits, terminés en cul-de-sac, se recourbant en arc à mesure qu'ils s'allongent, et marchant à la rencontre d'autres arcs courbés en

sens inverse avec lesquels ils se réunissent pour former des arcades vasculaires.

Le cœcum d'un capillaire en voie de développement s'effile en pointe très-ténue, allongée en filament libre, mais les parois du tube vasculaire, surtout au voisinage du cœcum, sont hérissées de pointes effilées analogues au filament terminal. Parmi ces épines pariétales, les unes s'atrophieront, pendant que les autres donneront naissance à de nouveaux vaisseaux. Il n'est pas rare de rencontrer des arcades constituées par des filaments provenant de ces épines pariétales allongées, d'une ténuité extrême et sans aucune trace de cavité. Parfois elles sont très-longues, et alors elles présentent sur leur trajet un ou plusieurs renflements fusiformes, munis d'un noyau et constituant autant de centres cellulaires. Ces cellules angioplastiques n'ont aucun rapport de connexion ou d'origine avec les cellules plasmatiques de la substance conjonctive; jamais elles n'apparaissent indépendantes, et toujours elles proviennent de l'accroissement de la substance protoplasmatique des épines pariétales allongées en filaments.

M. Rouget a pu observer directement, dans une période de 48 heures, sur un jeune têtard (*Hyla viridis*) la formation complète de vaisseaux nouveaux par des prolongements du protoplasma des cellules pariétales des vaisseaux préformés, sans aucune intervention d'éléments étrangers à ceux qui appartiennent en propre au système vasculaire.

Les capillaires lymphatiques se développent d'une manière tout à fait semblable. Une fois formés, les capillaires sanguins et lymphatiques deviennent eux-mêmes l'origine de nouveaux capillaires et, dans la suite du développement, tous les nouveaux vaisseaux débutent par une excroissance angioplastique d'un vaisseau préformé.

Structure des capillaires lymphatiques et sanguins. — En 1865, les travaux de Hoyer, Auërbach, Eberth, Aeby, démontrèrent par le procédé de l'imprégnation argyrique, que la membrane des capillaires était constituée par des cellules épithéliales, mais on n'abandonna pas pour cela la croyance à la coexistence d'une membrane continue avec les cellules. Cette opinion est soutenue par Kölliker; Stricker, cependant, essaya de démontrer que la membrane pariétale des capillaires est constituée par des cellules à protoplasma, en s'appuyant, il est vrai, sur un fait erroné. Pour compléter cet historique, rappelons qu'en 1859, M. Rouget, décrivant et figurant la structure des capillaires sanguins dans le manteau des Ascidies (1), démontra que ces vaisseaux ne possèdent pour paroi qu'une seule membrane composée d'une simple couche

(1) Note sur l'existence de globules du sang coloré chez plusieurs espèces d'invertébrés. (*Journal de Physiologie de Brown-Séquard*, 1859, *p.* 666 *et* 670, *et pl.* VII, *fig.* 4.)

d'épithélium à cellules polyédriques assez épaisses, constituées par du protoplasma granuleux et réunies par un ciment intercellulaire amorphe.

Sur une larve d'amphibien vivante, lorsqu'on examine un lymphatique dans un état de développement complet, les bords du vaisseau présentent assez régulièrement des portions plus épaisses très-réfringentes, s'amincissant insensiblement, et sans trace de discontinuité, se renflant de nouveau, pour constituer un autre épaisissement. Par des réactifs appropriés, on met en évidence au niveau des épaississements des noyaux entourés d'une atmosphère granuleuse. En modifiant la distance de l'objectif, de manière à voir la surface même de la membrane du capillaire, on remarque au niveau des épaississements de paroi des masses de protoplasma présentant l'aspect particulier qui a fait donner, par M. Rouget, à un certain nombre d'éléments cellulaires, le nom de cellules à vacuoles (1). Sur les petits lymphatiques en voie de développement, le protoplasma à vacuoles forme manifestement à lui seul toute la paroi du tube, mais, sur des lymphatiques plus volumineux, il se trouve des espaces clairs qui ont fait croire à une membrane amorphe. C'est une illusion due à un effet d'optique. D'abord on remarquera que sur une vue de profil, ou de l'épaisseur de la paroi, la couche de protoplasma se montre manifestement continue, même dans les endroits amincis. Sur une vue de face, le protoplasma semble manquer là où il est très-mince, à cause de sa transparence parfaite. En diminuant cette transparence par l'alcool à 90° ou la solution d'azotate d'argent faible, on reconnaît facilement qu'il y a là non une membrane amorphe, mais du protoplasma à vacuoles. En outre, sur les préparations traitées par la teinture ammoniacale de carmin, les parois des capillaires lymphatiques sont teintes d'un rose pâle dans toute leur étendue, et l'on sait qu'une membrane amorphe ne fixe pas plus les teintures que la substance conjonctive amorphe contiguë aux lymphatiques.

La structure des capillaires sanguins des larves d'amphibiens présente la plus complète analogie avec celle des capillaires lymphatiques. Seulement, en examinant de face ces vaisseaux, les vacuoles du protoplasma sont plus difficiles à constater. On les rend plus apparentes en traitant une préparation par l'azotate d'argent au 1/1000e, sans attendre la réduction de l'argent par la lumière. On voit, en outre, par ce mode de préparation, les limites du protoplasma de deux cellules contingentes, et les noyaux devenus apparents font saillie sur le protoplasma dans lequel ils ne sont que

(1) Les cellules à vacuoles consistent en une masse de protoplasma, le plus souvent dépourvue de membrane de cellule et creusée de petites cavités sphériques pressées les unes contre les autres. Un reste de protoplasma compacte et sans vacuole persiste généralement sur un point de la périphérie autour du noyau. Ces vacuoles se distendent par l'absorption rapide de l'eau, du liquide amniotique, et des solutions faibles de substances cristalloïdes.

partiellement enchâssés. Et comme ce noyau se trouve directement en contact avec la substance conjonctive, il est facile de constater, lorsque le vaisseau s'est rétracté en se détachant de la substance conjonctive, que les cellules de protoplasma de la paroi du capillaire n'ont pas de membrane de cellule. Il en est de même pour les capillaires lymphatiques. Ainsi se trouve établie l'absence de toute membrane d'enveloppe, soit pour le capillaire entier, soit pour les cellules.

Evolution des bourgeons vasculaires. — Le protoplasma des cellules vasculaires envoie un certain nombre de prolongements, en vertu d'une propriété commune aux globules blancs du sang et à toutes les cellules jeunes et dépourvues d'enveloppe. Cette propriété d'émettre des prolongements simples ou ramifiés, de changer de forme, de se déplacer, semble avoir surtout pour but des phénomènes de nutrition. Il n'est donc pas étonnant qu'un certain nombre seulement des prolongements protoplasmatiques des parois vasculaires soit destiné à devenir un nouveau vaisseau. Sur les lymphatiques en particulier le nombre de ces expansions est beaucoup plus considérable que celui des vaisseaux qui en naîtront.

Ces expansions, d'abord pleines, se creusent ensuite d'une cavité. Kölliker pense à tort que la cavité est inter-cellulaire, c'est-à-dire qu'elle s'établit entre les prolongements de deux cellules. On voit, en effet, qu'un prolongement protoplasmatique part toujours d'une seule cellule, généralement de la portion voisine du noyau, et c'est dans ce prolongement unique qu'apparaît la cavité, qui se trouve ainsi être évidemment intra-cellulaire. Voici comment se passe ce phénomène. La première phase de cette transformation consiste dans l'apparition de vacuoles dans le protoplasma qui était d'abord compacte. Dans chaque vacuole se trouve une substance colloïde diluée, possédant les propriétés physiques du plus parfait des dyaliseurs ; il en résulte une suractivité d'absorption s'exerçant aux dépens du plasma du sang, d'où la distension, l'agrandissement, et finalement la fusion des vacuoles. Aussi trouve-t-on encore pendant longtemps à la face interne de la paroi des capillaires des débris des cloisons primitives des vacuoles.

Il n'est pas rare d'observer le dédoublement du noyau d'une cellule angioplastique en meme temps qu'elle se creuse d'une cavité ; et alors la cavité se trouve limitée par deux amas de protoplasma munis chacun d'un noyau. Il s'agit là incontestablement d'une cavité intrà-cellulaire, mais elle a l'apparence d'une cavité inter-cellulaire. C'est ce qui explique l'erreur de Kölliker sur ce point.

Lorsqu'ils sont complétement développés, les capillaires de la queue des têtards possèdent donc une paroi unique constituée par des cellules protoplasmatiques conservant de très-petites vacuoles et offrant des limites distinctes, tandis que dans les cordons angio-

plastiques, tant que le sang n'y circule pas, le protoplasma des divers districts cellulaires paraît former un tout continu. La délimitation de ces cellules (par l'action combinée de l'azotate d'argent du chlorure de sodium et de la glycérine) apparaît sous l'aspect d'une ligne très-fine, régulière et non dentelée. Ces cellules sont accolées directement sans cément interposé.

Tunique adventice. — Chez les batraciens adultes, la tunique adventice des artères et des veines est constituée presque entièrement par des cellules pigmentaires noires ramifiées. Dans la membrane natatoire des têtards, ces gaînes ne couvrent jamais que des sections isolées de vaisseaux sanguins et lymphatiques. On ne peut regarder comme appartenant en propre au système vasculaire sanguin ou lymphatique les cellules pigmentaires qui constituent ce revêtement. En effet, ce revêtement n'est pas continu, et en outre on retrouve les cellules pigmentaires groupées de différentes façons dans le milieu des mailles vasculaires. Seulement un certain nombre de ces éléments migrateurs viennent se fixer aux parois des capillaires, et de migrateurs deviennent alors fixes. M. Rouget pense que ce dernier phénomène est déterminé par ce fait que les cellules à vacuoles sont constamment gorgées de plasma sanguin et que les cellules pigmentaires y trouvent une source abondante de matériaux nutritifs. Ce serait là un nouveau point de rapprochement entre les éléments cellulaires jeunes des animaux supérieurs et les premières formes animales, les protozoaires.

En faisant ces observations, M. Rouget a constaté un fait plein d'intérêt. Au moment où apparaissent en grand nombre chez les têtards de Rainette les cellules pigmentaires, soit sous la couche de cellules à vacuoles du derme, soit autour des vaisseaux, on constate à l'état normal et en dehors de tout phénomène inflammatoire le phénomène de la diapédèse des globules blancs, qui s'opère sur les bords de la membrane natatoire. Ces globules blancs, à prolongements amiboïdes, se disséminent dans les couches superficielles du derme, et au milieu d'eux on voit des cellules pigmentaires noires d'un volume plus considérable. Mais on trouve facilement tous les intermédiaires entre le globule blanc normal et la cellule pigmentaire. D'autre part, l'auteur a vu des globules pigmentaires circuler avec les globules blancs dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques chez dix têtards de Rainette. L'auteur a déjà publié, en 1859, un fait semblable. Chez les Ascidies simples à sang coloré, on trouve dans la membrane pariétale du sac bronchial, dans l'endostyle et les arcs qui en partent, des corpuscules pigmentaires entièrement semblables à ceux du sang, dont ils ne semblent différer que par leur stabilité et leur situation en dehors des vaisseaux.

Ainsi donc, la diapédèse des globules blancs à travers le protoplasma des cellules vasculaires pariétales est un fait normal. Ce

sont ces globules blancs qui, par suite de modifications successives, se transforment en globules pigmentaires. Ces derniers se voient à l'état libre dans l'étendue des mailles vasculaires, et un certain nombre d'entre eux viennent se fixer sur les capillaires, et d'éléments migrateurs deviennent ainsi éléments fixes. Ces globules pigmentaires anastomosés ne forment aux capillaires qu'une membrane souvent interrompue ; mais c'est là une transition entre les capillaires sans tunique adventice et les artères et veines des batraciens adultes qui sont recouverts par une tunique adventice constituée presque complétement par des cellules pigmentaires noires ramifiées.

Deuxième partie. — *Développement des capillaires sanguins chez les mammifères.* — Ici les observations sont plus difficiles; l'examen des vaisseaux sur les animaux vivants étant impossible. Comme ses devanciers, l'auteur a limité son champ d'étude aux vaisseaux des membranes de l'œuf et à ceux de l'appareil vasculaire qui enveloppe de ses réseaux, chez l'embryon, le corps vitré et le cristallin.

Dans l'œuf du lapin, M. Rouget n'a pas trouvé de vaisseaux en voie de développement.

Mais tandis que Kölliker et Frey représentent les capillaires des embryons de mammifères comme formés de deux membranes superposées, M. Rouget n'a trouvé aux capillaires qu'une membrane unique de cellules à vacuoles comme chez les amphibiens. En outre, ce n'est que dans les capillaires les plus volumineux qu'il a pu, par l'imprégnation argyrique, déterminer le réseau caractéristique des interstices cellulaires.

C'est principalement dans les membranes vasculaires hyaloïdienne et capsulo-pupillaire qu'on peut, avec facilité, étudier le développement et la structure des vaisseaux sanguins, tout en les laissant placés dans leur milieu normal. On retrouve alors les capillaires ayant, comme chez les têtards, une paroi hérissée de rugosités et de prolongements accuminés, plus petits toutefois que chez les larves des batraciens. Les cellules protoplasmatiques n'ont pas de membrane enveloppante et constituent à elles seules l'unique membrane des capillaires. Ces cellules présentent également des vacuoles, mais elles sont assez petites, et il est nécessaire de les gonfler pour les rendre plus faciles à percevoir.

Il est inutile d'ajouter que l'on ne peut considérer la formation ou la fusion des vacuoles comme un phénomène de putréfaction, puisque les vacuoles s'observent pendant la vie chez les têtards, et c'est même par leur intermédiaire que se creuse la cavité des nouveaux vaisseaux capillaires.

On constate également dans le réseau vasculaire hyaloïdien et dans la membrane capsulo-pupillaire des filaments angioplastiques procédant du protoplasma des cellules pariétales et représentant

des anastomoses en voie de formation. Cependant l'auteur n'a pu observer cette première période, dans laquelle le filament protoplasmatique est encore libre.

Structure des capillaires sanguins chez l'animal adulte. — Chez la grenouille adulte, les capillaires présentent la même structure que les capillaires complétement développés de la queue des têtards : une seule tunique formée de cellules vacuolaires.

De même, chez les mammifères adultes, la tunique propre à la membrane interne des capillaires (abstraction faite de la tunique adventice) présente aussi la même structure que chez les embryons de mammifères. C'est ce que l'on peut voir, par exemple, dans la papille du lapin, au niveau du pli qui représente la papille du nerf optique. On y distingue facilement les cellules à protoplasma vacuolaire, séparées les unes des autres par une ligne de démarcation, et l'on constate en même temps qu'une couche de cellules semblables à celles des capillaires tapisse la cavité des petites artères de la rétine. On retrouve cette structure dans les très-fins capillaires du tissu adipeux des jeunes lapins, dans les capillaires du mouton adulte, et dans ceux de l'homme (rétine), d'où l'on peut affirmer que les cellules sans enveloppe, formées de protoplasma à vacuoles, et qui constituent chez l'embryon la paroi primitive de tous les vaisseaux, persistent pendant toute la vie dans les capillaires, qui ne sont que des vaisseaux permanents du type embryonnaire. Les artères et les veines se constitueraient par l'adjonction de nouvelles couches, pendant que la couche protoplasmatique persisterait.

De la tunique adventice des capillaires. — Entre les artères ou veines et les capillaires se trouvent des vaisseaux de transition, formés par des capillaires revêtus d'une seconde enveloppe, dite tunique adventice. Comment se forme-t-elle et en quoi consiste-t-elle ?

On a vu précédemment comment, chez les têtards de Rainette, les cellules pigmentaires forment aux capillaires des ébauches incomplètes de tunique adventice.

L'examen de la membrane capsulo-pupillaire, chez des embryons de mammifères, fait constater que les capillaires, du moins les plus volumineux, se revêtent rapidement d'une seconde couche de cellules, abondantes sur les plus gros vaisseaux où elles forment sans doute une couche continue, et de plus en plus rares sur les vaisseaux plus petits, où il est probable que le revêtement cellulaire est incomplet. Il est vraisemblable que, comme dans les capillaires des têtards, ces éléments cellulaires sont d'abord isolés et libres, et qu'ensuite ils se soudent d'une manière intime. Mais ce rapprochement peut être suivi plus loin. En effet, si on examine les vaisseaux de la membrane capsulo-pupillaire, les milieux de l'œil ayant été rapidement enlevés sur un embryon encore chaud

de mammifère, on voit que ces cellules sont fixées à la paroi vasculaire par des prolongements amiboïdes. En outre, on aperçoit dans le champ des mailles du réseau capillaire des leucocytes qui exécutent des changements de forme et des mouvements lents, dont quelques-uns se font dans la direction des vaisseaux les plus proches. Ainsi donc, les leucocytes remplissent chez les embryons de mammifères, pour la formation de la tunique adventice, le même rôle que les cellules pigmentaires chez les larves de batraciens.

Mais jamais, comme le pensent Kölliker et Frey, les prolongements angioplastiques ne viennent de la tunique adventice ; toujours ils partent de la paroi vasculaire elle-même, dans un point où manque la tunique adventice qui, comme on l'a vu, n'est pas continue sur les petits vaisseaux.

Comme les vaisseaux de l'hyaloïde et ceux de la membrane capsulo-pupillaire s'atrophient chez les mammifères, il est impossible d'étudier sur ces vaisseaux les transformations que subit avec l'âge la couche adventice qui vient d'être étudiée. Toutefois, cette étude peut être faite chez les batraciens dont les vaisseaux de l'hyaloïde persistent pendant l'âge adulte.

C'est ainsi que M. Rouget est arrivé aux résultats suivants :

1° Tous les vaisseaux de l'hyaloïde, y compris les plus petits capillaires, jusqu'aux troncs artériels et veineux inclusivement, sont revêtus dans tout leur parcours d'une gaîne continue comme le système vasculaire lui-même ;

2° Cette gaîne se compose partout d'une membrane amorphe sans noyaux, et d'un réseau de ramifications cellulaires ;

Sur les capillaires de calibre moyen ($0^{mm},03$ de diamètre), les deux éléments de cette gaîne se présentent comme il suit :

On aperçoit sur le vaisseau des noyaux allongés suivant son axe et entourés de protoplasma donnant naissance à des prolongements latéraux qui forment des anneaux complets et réguliers autour du vaisseau ; d'autres prolongements longitudinaux réunissent les cellules entre elles. Entre les anneaux se trouve une membrane tubulaire amorphe qui comble les vides du réseau. — Sur les petits capillaires les cellules sont plus rares, tandis qu'elles sont plus nombreuses sur les gros capillaires où, par conséquent, les anneaux sont plus nombreux. — Sur les artérioles et les veinules d'un certain volume, on retrouve toujours la membrane tubuleuse amorphe recouverte des mêmes cellules à prolongements annulaires, mais ces derniers sont encore plus nombreux et en même temps plus larges, et simulent la tunique musculaire des petites artères. Et, en fait, il n'est pas douteux que ces cellules protoplasmatiques ramifiées ne représentent la véritable tunique musculaire de l'artère hyaloïdienne.

On sait, du reste, que des cellules musculaires ramifiées se rencontrent dans un grand nombre de muscles des invertébrés (mollusques, arthropodes, acridiens, musca-carnaria, domestica, etc.).

Et comme les cellules que l'on rencontre sur les plus petits capillaires ont, sauf le nombre, la même disposition que sur les artérioles, il ne serait pas impossible qu'elles donnassent aux capillaires une certaine contractilité, conformément aux observations de Stricker (*Wien Sitzungsberichte*, t. LII).

Dans l'allantoïde des embryons de mouton, dans la rétine et le tissu adipeux du lapin adulte, de même que dans le cerveau, la rétine et le tissu adipeux des ruminants, on peut voir sur de très-petits capillaires des noyaux assez espacés, entourés d'une petite quantité de protoplasma.

C'est là l'esquisse de ce qui vient d'être décrit comme tunique adventice des capillaires de l'hyaloïde de la grenouille.

A. JOFFROY.

Mikroscopische Beitrage zur Anatomie und Physiologie der Nieren (Recherches histologiques sur l'anatomie et la physiologie du rein), par R. HEIDENHAIN. (*Arch. f. mikr. Anatomie de Schultze, t. X, fasc.* 1, *p.* 1 *à* 50, 1873.)

Ce travail important comprend deux parties, l'une exclusivement anatomique, l'autre physiologique. Nous n'analyserons ici que la première; la seconde fera l'objet d'une analyse spéciale dans le prochain numéro de cette revue.

Dès le début des recherches physiologiques qu'il entreprit récemment au sujet du fonctionnement du rein, Heidenhain reconnut que les notions acquises jusqu'ici sur la structure de cet organe étaient loin d'être complètes. Il découvrit dans les canalicules urinifères des éléments particuliers que personne jusque-là n'avait décrits. Cette découverte l'amena à faire une révision complète de l'épithélium du rein chez l'homme et dans la série animale (chien, chat, hérisson, rat, lapin, cobaye, mouton, chauve-souris, pigeon, faucon, buzard, grenouille, salamandre aquatique, etc.).

A) *Epithélium du rein des mammifères.* — L'étude en a été faite sur le rein du chien; elle a donné des résultats applicables aux autres mammifères.

1° *Etude de la capsule de Malpighi et du glomérule.* — On sait que la face interne de la capsule de Malpighi est tapissée par une couche continue de cellules épithéliales aplaties, mais la présence d'un revêtement épithélial à la surface du bouquet glomérulaire est discutée, excepté sur le rein de l'embryon. Certains auteurs admettent seulement que l'épithélium tapisse le bouquet vasculaire *en masse;* d'autres pensent que les cellules s'insinuent entre ses ramifications principales ou lobules; d'autres enfin, qu'elles se prolongent entre tous les capillaires. Heidenhain s'est assuré que cette dernière

opinion est fondée. En injectant le rein avec de l'alcool absolu, il fixe les vaisseaux dans leur forme, et ceux-ci paraissent béants sur les coupes. Quand on colore ces dernières par le carmin, on voit alors que toujours les vaisseaux sont recouverts d'une couche endothéliale, aussi bien dans la profondeur du bouquet qu'à sa surface.

L'endothélium est formé de cellules plates, membraniformes, se plissant comme des étoffes, et bien différentes des cellules endothéliales du capillaire ; on les isole sur des fragments de rein macérés dans le chromate d'ammoniaque, on les voit en plein sur les coupes. Elles passent comme de minces ponts entre deux capillaires voisins, les noyaux comblant imparfaitement l'espace triangulaire qui résulte du concours des deux vaisseaux et de la cellule plate qui les recouvre. Il a été impossible à Heidenhain de savoir si dans la profondeur du glomérule les cellules plates de revêtement forment ou non une couche continue.

Chez l'embryon, les cellules qui revêtent la superficie du glomérule sont identiquement semblables à celles qui, dans la profondeur, comblent les lacunes que laissent entre eux les vaisseaux. Plus tard (Schweigger Seidel), ces cellules subissent une modification comparable à celle de l'épithélium embryonnaire de l'alvéole du poumon.

2° *Canalicules urinifères contournés.* — On dit ordinairement que ces tubes sont tapissés d'un épithélium trouble dont la description a surtout été bien faite par Ludwig. Cet épithélium aurait pour éléments constituants une substance fondamentale amorphe contenant des noyaux régulièrement espacés, de telle sorte qu'il n'y aurait point là de séparation nette entre les cellules. Heidenhain a montré que l'épithélium des tubes contournés n'est nullement construit de cette façon. Il est formé d'éléments cellulaires dans lesquels le noyau central est entouré d'une couche de protoplasma granuleux ; à la périphérie de la cellule existe une couche de *bâtonnets* serrés les uns contre les autres, dirigés dans le sens de la longueur de l'élément, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe du canalicule, de telle sorte qu'il limite la cellule au dehors en lui formant un manteau (On aura une bonne idée de la conception d'Heidenhain en se figurant une masse de cire molle entourée d'un faisceau de tubes de verre d'égal calibre et serrés les uns contre les autres). Ce qu'on a décrit jusqu'ici comme de fines granulations n'est autre chose que la somme des coupes optiques des bâtonnets.

Il résulte de la présence des bâtonnets dans l'épithélium des tubes contournés, une striation particulière qui, sur une section perpendiculaire à l'axe d'un canalicule, suit la direction des rayons, et sur une coupe longitudinale donne à l'épithélium l'aspect scalariforme. Cette situation est surtout nette à la périphérie ; elle tend à disparaître au voisinage de la lumière du canalicule contourné ; la meilleure méthode pour l'observer consiste à examiner dans leur

propre plasma des coupes fraîches du rein. L'eau, le sérum iodé, le séjour dans la chambre humide la font disparaître en gonflant les bâtonnets. Il se forme alors des gouttelettes d'un liquide clair (exercices sarcodiques), qui gagnent la cavité du tube, en même temps que la striation disparaît.

Pour étudier l'épithélium à bâtonnets sur des coupes, Heidenhain injecte d'abord le rein en place avec l'alcool absolu, puis le divise en petits morceaux et achève le durcissement dans le même liquide. Sur les coupes faites par cette méthode et traitées par l'acide chlorhydrique a 1/1000 et la glycérine, on obtient des images excellentes de l'épithélium strié, les bâtonnets sont élargis, nets, et offrent l'aspect de cylindres clairs à contour sombre. Les fragments de rein peuvent aussi être durcis dans l'alcool acidifié, dans le chromate d'ammoniaque et dans l'alcool, ou bien plongés dans la solution concentrée de chlorure de potassium, et durcis dans l'alcool. On monte ces dernières coupes dans la résine d'amar ou dans le baume.

Pour isoler les éléments du rein, on peut employer avantageusement l'acide nitrique concentré ; on examine dans la glycérine étendue d'un tiers d'eau. Mais la véritable méthode consiste à faire macérer de très-petits morceaux dans le chromate d'ammoniaque et de les dissocier dans l'eau distillée. On isole ainsi : 1° les bâtonnets ; ils se montrent réunis en petits groupes. Leur extrémité périphérique est nette ; l'interne toujours plus ou moins diffuse ; sur ce point, il existe souvent un bord clair qui s'étend sur plusieurs bâtonnets à la fois ; 2° des noyaux entourés de protoplasma situés à l'intérieur du faisceau des bâtonnets. Chez le chien, on n'obtient jamais de cellules nettement délimitées, mais bien des cellules ramifiées à prolongements multiples qui sont toujours dentelés comme si on les avait arrachés d'une surface. On doit admettre que chez cet animal le protoplasma se prolonge entre les bâtonnets, dans la substance unissante qui les soude. Pour Heidenhain, le bâtonnet est une modification du protoplasma primitif. Le centre de la cellule et les prolongements de ce centre entre les bâtonnets sont du protoplasma non modifié. Les bâtonnets seuls touchent la paroi propre du canalicule. Il en existe de plus courts à la partie profonde de chaque cellule, et qui l'isolent de la paroi comme le feraient des supports.

3° *Tubes de Henle.* — L'épithélium de la partie étroite des canalicules contournés est clair, régulier, et à noyau proéminent. Les recherches d'Heidenhain n'ont rien montré de nouveau à ce sujet. L'épithélium de la branche ascendante qui s'élargit de nouveau a été décrit assez obscurément par Schweigger-Seidel. Henle le considère comme granuleux, et Ludwig y décrit des cellules qui se recouvriraient comme les tuiles d'un toit. Dans les figures données par Schweiger, on trouvait l'ébauche d'une striation transversale.

Heidenhain a constaté que l'épithélium de la branche large ascendante est développé suivant le type de l'épithélium à bâtonnets. La longueur des bâtonnets, et par conséquent des cellules, est seulement moindre. La lumière du tube est au contraire plus large.

4° *Substance intercalaire ; canaux collecteurs et excréteurs.* — Les auteurs ont donné le nom de substance intercalaire à celle qui est immédiatement subjacente à la capsule du rein. Heidenhain n'a pu l'isoler, mais il suppose que son épithélium est à bâtonnets.

La structure de l'épithélium est un peu différente dans les rayons médullaires de la pyramide de Malpighi et dans les tubes droits. Dans la pyramide, on le considère ordinairement comme formé de cellules cylindriques ; Heidenhain a vu que sur ce point le protoplasma présente des prolongements frangés très-nombreux. Dans les tubes de Bellini, l'épithélium est véritablement cylindrique, parfois les cellules sont inclinées les unes sur les autres comme les tuiles d'un toit. Enfin, les tubes collecteurs joignent les anses de Henle dans la substance corticale et non point seulement aux limites exactes de la pyramide. Quant aux prétendues cellules sécrétoires décrites par Muron dans les tubes de Bellini, Heidenhain les considère comme des cellules épithéliales devenues vasculaires, soit par action cadavérique, soit par imbibition dans les réactifs.

B) L'auteur n'a pu jusqu'à présent rien découvrir au sujet des fonctions de l'épithélium à bâtonnets. Il a seulement démontré l'existence constante de celui-ci dans la série animale. Chez les oiseaux, c'est dans la portion des tubes contournés qui répond à l'anse ascendante de Henle qu'il a retrouvé les cellules striées. Chez la grenouille et chez la salamandre aquatique, les canalicules urinifères doivent être distingués en quatre portions. La première fait suite au glomérule et à la capsule, elle est revêtue d'épithélium à cils vibratiles. La seconde est tapissée de cellules cylindriques à contenu granuleux et à noyau distinct. La troisième est de nouveau revêtue de cellules à cils vibratiles. La quatrième possède un épithélium à bâtonnets très-distincts. Chaque cellule est limitée du côté de la cavité du tube par une bordure claire. Enfin, dans les canaux collecteurs, l'épithélium est cubique et clair.

L'opinion de Bidder, d'après laquelle un certain nombre de canaux spermatiques communiqueraient, chez les batraciens, avec la capsule de Malpighi, n'est nullement fondée. On trouve seulement quelques canalicules spermatiques en communication avec les canaux collecteurs de la pyramide. J. RENAUT.

Des voies lymphatiques de la muqueuse gastrique, par Chr. LOVÉN. (*Nordiskt medicinskt Arkiv, t. V, n° 26, 1873, d'après le compte rendu français.*)

Jusqu'à présent la présence des lymphatiques n'a pas été démontrée dans la muqueuse gastrique proprement dite, c'est-à-dire entre les glandes. L'auteur est parvenu à injecter des canaux lymphatiques dans la muqueuse de l'estomac. Il a fait ses recherches chez l'homme (enfants et adultes) et chez différents animaux : chien, chat, veau, mouton et lapin. On peut, en général, distinguer trois parties dans l'appareil lymphatique de cette muqueuse. Elles sont constituées par deux réseaux disposés parallèlement à la surface, et par un troisième qui est composé de canaux verticaux intermédiaires.

Le réseau superficiel est situé immédiatement au-dessous de la surface de la membrane muqueuse. Bien développé chez le veau, le mouton et le lapin, il n'existe que d'une manière imparfaite chez l'homme, et n'a pu être démontré chez le chien et le chat. Les canaux verticaux que l'auteur nomme sinus lymphatiques interglandulaires descendent plus ou moins directement dans les espaces qui séparent les glandes. Ils communiquent entre eux par des rameaux latéraux, tantôt nombreux, tantôt rares, et se jettent dans le second réseau, soit le sous-glandulaire. Ce dernier, simple dans la région des glandes à pepsine, forme plusieurs couches à la région pylorique, mais chez quelques animaux seulement (l'homme, le chien, le mouton). Il est placé immédiatement au-dessus de la couche musculaire de la muqueuse, au-dessous et autour des extrémités inférieures des glandes. Par des canaux courts et qui perforent la musculaire, il entre en communication avec le réseau sous-muqueux.

Tout cet appareil lymphatique de la muqueuse est en continuité avec un riche système de cavités ou espaces lymphatiques disséminés dans toute l'épaisseur du tissu glandulaire. Ces espaces forment des gaînes autour des vaisseaux sanguins, ou bien autour des tubes glandulaires ; d'où leur division en périvasculaires et périglandulaires. Le tissu interglandulaire se trouve ainsi constitué presque exclusivement par des membranes et des trabécules qui forment les parois des cavités lymphatiques. La structure de ces parois est celle d'une membrane cellulaire mince, parsemée de noyaux et dans laquelle le protoplasma cellulaire est transformé en une substance résistante, élastique. La membrane propre des glandes doit être considérée, en quelque sorte, comme la partie viscérale d'une cavité lymphatique (séreuse). Canaux lymphatiques et espaces n'ont, d'ailleurs, pas de parois indépendantes ; ils forment

un système de réservoirs continus, destinés à la circulation du plasma qui filtre à travers les parois des vaisseaux sanguins.

Les espaces lymphatiques les plus superficiels touchent immédiatement l'épithélium cylindrique de la muqueuse, dont ils ne sont séparés que par une membrane très-mince. L'auteur n'a pas pu voir au microscope de pores ou de canaux dans l'épaisseur de cette membrane ; mais, en se fondant sur le résultat des injections et sur les phénomènes d'absorption qu'on observe chez les animaux à la mamelle, il admet que la membrane, aussi bien que l'épithélium lui-même, peut être traversée non-seulement par des liquides, mais aussi par des corps solides et très-finement divisés tels que la graisse moléculaire.

Lovén n'a pas pu trouver l'origine des cellules lymphoïdes qui souvent sont si abondantes dans la muqueuse gastrique. Il ne pense pas qu'elles puissent provenir de la multiplication des cellules ou des noyaux formant la membrane limitante des cavités lymphatiques. Les glandes lenticulaires, assez rares chez l'homme, seraient dues à l'accumulation de ces cellules lymphoïdes dans une capsule de formation nouvelle. Entourées par des canaux lymphatiques larges, appartenant au réseau sous-glandulaire, elles communiqueraient très-probablement avec ces lymphatiques d'une manière qui n'est pas encore déterminée.

Ce mémoire est accompagné de trois belles planches qui permettent de comprendre parfaitement ces recherches intéressantes.

Die Lymphgefässe des normalen, nichts schwangeren Uterus (Des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, à l'état normal et en dehors de la grossesse), par Gerhard LEOPOLD, de Leipzig. (*Archiv f. Gynækologie, t. VI, fasc.* 1, *Berlin*, 1873.)

L'auteur commence par démontrer, à l'aide d'un aperçu historique rapide, l'état insuffisant de la science sur l'importante question des lymphatiques utérins ; il expose ensuite le résultat de ses recherches, qui ont été fort longues et ont porté sur plus de soixante-dix utérus, pris aux différents âges de la vie.

Les réseaux lymphatiques ont été en quelque sorte suivis pas à pas depuis la séreuse jusqu'à leur terminaison dans la muqueuse ; de là trois divisions dans ce mémoire :

1° Lymphatiques sous-séreux ;
2° Lymphatiques de la couche musculeuse ;
3° Lymphatiques de la muqueuse.

1° *Des lymphatiques sous-séreux.* — Pour injecter ces réseaux, l'auteur a employé le sulfate de baryte et le nitrate d'ar-

gent, mais il a obtenu les meilleurs résultats avec une solution de bleu de Prusse injectée dans le tissu sous-séreux avec une seringue de Pravaz dont la canule excessivement fine mesurait un diamètre de 1/4 de millimètre et dont l'ouverture atteignait à peine 1/8e de millimètre. — Les utérus du mouton et du cochon sont les plus faciles à injecter ; ceux du lapin, du chien, du cochon d'Inde, du chat et de l'homme sont également assez favorables à ces recherches. — En procédant ainsi, Léopold a démontré que :

a) Il n'existe sous la séreuse que des vaisseaux lymphatiques et non pas de sinus lymphatiques; renfermés dans le tissu cellulaire sous-séreux, ces vaisseaux forment de grands réseaux caractéristiques.

b) Le nombre de ces vaisseaux lymphatiques est notablement moins considérable que celui des vaisseaux sanguins sous-séreux subjacents; mais leur calibre est plus grand à certains endroits.

c) Ils présentent de grosses ampoules, des nodosités, des enlacements, des valvules, des renflements ou des rétrécissements ; ils envoient des ramifications qui s'en détachent à angle droit ou sous un angle variable pour gagner les parties profondes.

d) Chez le cochon, le lapin et le mouton, les réseaux lymphatiques affectent une direction longitudinale correspondant à celle des cornes utérines ; chez l'homme au contraire ils forment des groupes irréguliers et plus ou moins développés sur les parois antérieure ou postérieure de la matrice. Au niveau de l'insertion des trompes, ils présentent de grosses ampoules et empiètent même sur la trompe sous forme de réseaux allongés.

2° *Des lymphatiques de la couche musculaire*. — Afin d'étudier le système lymphatique de la couche musculaire, l'auteur a eu recours à deux procédés différents : la dissociation de fragments ayant préalablement séjourné pendant plusieurs jours dans l'alcool, puis les injections avec la solution de bleu de Prusse d'après le même procédé employé pour les lymphatiques sous-séreux. Ces recherches l'ont amené à établir les propositions suivantes :

a) La couche musculaire de l'utérus renferme, chez les animaux et chez l'homme, des vaisseaux lymphatiques et des fissures lymphatiques, limités les uns et les autres par le fin tissu conjonctif intermusculaire.

Les vaisseaux sont revêtus de fines lamelles endothéliales présentant çà et là des ouvertures et des interstices ; les fissures sont revêtues de cellules aplaties et délicates.

b) Chez les animaux, les réseaux lymphatiques affectent une direction longitudinale parallèle à chacune des deux couches musculaires ; ils se croisent en conséquence transversalement. Les espaces lymphatiques de la muqueuse empiètent sur cette couche interne; les vaisseaux lymphatiques sous-séreux aboutissent à la couche externe.

Entre les deux couches musculaires se trouvent de gros troncs lymphatiques, munis de valvules, développés en forme de réseaux sur les cornes utérines et qui reçoivent, de chaque côté, les vaisseaux lymphatiques venant *en dehors* du tissu sous-séreux et de la première couche musculaire, *en dedans* de la deuxième couche et de la muqueuse.

c) Chez l'homme, les vaisseaux lymphatiques ont un trajet très-sinueux, en rapport avec la structure propre de la couche musculaire ; ils sont le plus richement développés dans la couche interne et dans les points des autres couches qui avoisinent les plus gros vaisseaux sanguins ; de même que chez les animaux, ces vaisseaux lymphatiques sont reliés aux vaisseaux du tissu sous-séreux d'une part, et aux fissures lymphatiques de la muqueuse de l'autre.

Ils se réunissent dans la couche musculaire externe, principalement sur les côtés de l'utérus, pour former des troncs lymphatiques qui sont très-probablement garnis de valvules.

d) Les fissures lymphatiques, chez l'homme et les animaux, entourent les faisceaux secondaires d'un muscle et aboutissent aux vaisseaux lymphatiques. Chez les animaux, ces fissures ne sont qu'en rapport indirect avec les trajets lymphatiques de la muqueuse et du tissu sous-séreux ; chez l'homme, au contraire, elles communiquent directement avec ceux de la muqueuse.

e) Les gros troncs lymphatiques sont accompagnés le plus souvent par des vaisseaux sanguins volumineux ; les autres vaisseaux lymphatiques sont en partie accompagnés pas des vaisseaux sanguins, sur une portion plus ou moins étendue de leur trajet ; il est presque de règle de voir les fissures lymphatiques traversées par des vaisseaux de moindre diamètre.

3° *Des lymphatiques de la muqueuse.* — La muqueuse utérine a attiré tout spécialement l'attention de l'auteur et c'est sur elle surtout qu'ont porté ses investigations. Pour Léopold, la structure de cette muqueuse présenterait une certaine analogie avec celle des ganglions lymphatiques, et renfermerait, outre les glandes et les vaisseaux sanguins, un système de sinus lymphatique revêtu d'un endothélium.

Pour étudier ces diverses particularités, il a employé surtout le procédé suivant : en injectant quelque gouttes d'une solution (1/2 0/0) d'acide osmique ou de nitrate d'argent directement dans la muqueuse (ou indirectement par l'intermédiaire de la couche musculaire) il commence par produire un œdème artificiel de cette membrane; un fragment de la muqueuse ainsi préparée et durcie dans l'alcool absolu permet de faire des coupes très-favorables à l'étude des divers détails de sa structure. La méthode de la dissociation a également permis d'étudier certains points intéressants. — L'auteur résume, ainsi qu'il suit, ses recherches sur les lymphatiques de la muqueuse utérine :

a) La muqueuse de l'utérus est formée d'une fine charpente de tissu conjonctif dont les faisceaux sont revêtus par un endothélium ; les espaces existant entre ces faisceaux constituent les sinus lymphatiques.

b) La paroi des glandes est formée profondément par une fine couche de tissu conjonctif revêtu par un endothélium, superficiellement par l'endothélium seul (cellules aplaties juxtaposées).

c) Les vaisseaux sanguins, depuis les capillaires les plus ténus, ont une gaîne endothéliale.

d) La charpente de tissu connectif est en rapport direct avec ces deux espèces de parois.

e) Il en résulte que les sinus lymphatiques sont traversés directement par les glandes et les vaisseaux sanguins dont les séparent simplement la paroi endothéliale et le tissu conjonctif qui contribue à la former.

f) Aux limites de la couche musculaire, les espaces lymphatiques empiètent sur celle-ci, s'enfoncent entre les faisceaux musculaires et se rétrécissent graduellement au voisinage des vaisseaux et des fissures lymphatiques. L.-E. DUPUY.

On the structure of the tactile corpuscles (Sur la structure des corpuscules du tact), par G. THIN. (*Journal of Anatomy and Physiology, vol. VIII.*)

Les anatomistes ne sont pas d'accord sur la structure des corpuscules du tact. On admet généralement qu'une ou plusieurs fibres nerveuses à moelle gagnent le corpuscule à travers le derme, que le corpuscule lui-même présente une couleur bien définie, et qu'on observe à sa surface un certain nombre de corps arrondis ou ovales qui sont les *éléments transversaux* des auteurs allemands. Ceux-ci, par leur arrangement plus ou moins parallèle, par leur nombre contrastent avec les éléments cellulaires des tissus voisins. Enfin quand on soumet une préparation de la peau aux méthodes ordinaires, la substance du corpuscule semble composée de faisceaux ondulés de fibrilles. Les points sur lesquels les auteurs ne sont pas d'accord sont la terminaison du nerf après qu'il s'est mis en contact avec le corpuscule, la nature des éléments transversaux, enfin, la nature même de la substance dont le corpuscule est composé.

L'auteur a étudié les corpuscules du tact pris sur la peau tout à fait fraîche traitée par le chlorure d'or, l'acide osmique, le carmin et l'acide acétique. Les résultats de ses recherches, faites à Vienne, dans le laboratoire de Stricker, sont les suivants :

Sur des préparation faites après immersion dans l'acide osmique il a vu que les corpuscules du tact sont de deux ordres, *les corpuscules simples et les corpuscules composés ;* le plus grand nombre

d'entre ces corps, et les plus volumineux d'entre eux appartiennent à cette dernière catégorie.

Une coupe faite selon le méridien d'un corpuscule montre, après l'action de l'acide osmique, ou bien un corps plus ou moins arrondi entouré d'une capsule : c'est le corpuscule simple, ou plusieurs corps semblables superposés dans le sens de la hauteur de la papille, entourés chacun d'une capsule et contenus tous dans une capsule commune, de forme oblongue : ce sont les corpuscules composés ; on les distingue en doubles et en triples. M. Thin donne à chaque corpuscule composant, dans le corpuscule simple, le nom de *membre du corpuscule*.

L'examen d'un grand nombre de corpuscules du tact a conduit l'auteur à conclure que chaque corpuscule simple et chacun des membres des corpuscules composés sont pénétrés par une fibre nerveuse, et rien qu'une.

Les fibres nerveuses gagnent ordinairement le corpuscule du tact en cheminant perpendiculairement selon l'axe de la papille. Cependant, dans les corpuscules composés, on voit parfois le nerf partir du sommet d'une papille voisine. Les préparations à l'or et à l'acide osmique démontrent que le nerf pénètre dans la substance du corpuscule, soit directement, soit après avoir décrit autour de ce dernier un ou plusieurs tours de spire. Si le corpuscule du tact est simple, le nerf, aussitôt qu'il a traversé la capsule, pénètre dans l'intérieur de celui-ci ; si le corpuscule est composé il gagne, après avoir perforé la capsule commune, le membre auquel il est destiné soit en droite ligne, soit en se contournant en spirale, les tours de spire étant le plus souvent logés dans les séparations des segments ou membres.

En pénétrant dans le corpuscule, le tube nerveux ne perd point sa myéline, l'auteur ne l'a point vu se diviser, soit avant, soit après son entrée dans la capsule. La conclusion qui découle de ces faits est que chaque corpuscule simple et chaque segment ou membre représentent la terminaison d'une seule fibre à moelle.

Une coupe de la peau fraîche, colorée au carmin et plongée pendant 48 heures dans l'acide acétique concentré montre bien les éléments transversaux. Ceux-ci seraient les noyaux de cellules oblongues anastomosées les unes avec les autres par des prolongements de nature élastique. Ces cellules sont extrêmement abondantes dans le corpuscule, dont le stroma peut être défini un *lacis très-serré de cellules et de tissu élastique*.

La capsule du corpuscule est formée d'une couche circulaire de tissu élastique, provenant des prolongements anastosés des cellules. Le réseau élastique et les cellules qui viennent d'être décrites n'ont aucune connexion avec les fibres nerveuses.

Les recherches de l'auteur ne lui permettent pas d'admettre en

outre la division classique des papilles de la peau en *papilles vasculaires et papilles nerveuses.* J. RENAUT.

TRAVAUX A CONSULTER.

Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière. Note de L. RANVIER. (*Compt rend. de l'Acad. des sciences*, 1er *déc.* 1873.

M. Ranvier, étudiant le tissu conjonctif des centres nerveux, est arrivé à des conclusions tout autres que celles émises par Golgi, Ball, Deiters. Pour ces auteurs ce tissu serait essentiellement formé de cellules petites à nombreux prolongement filiformes, composant à eux seuls le stroma fibrillaire des centres nerveux. M. Ranvier étudie ce tissu en injectant dans les faisceaux de la moelle une solution osmique à 1 pour 300; au bout de une ou deux heures il enlève des fragments imprégnés par l'osmium, les dissocie dans l'eau distillée et les colore par le picrocarminate d'ammoniaque; il examine enfin dans la glycérine le résultat de ces manipulations. Sans parler de quelques particularités que lui ont présenté les tubes nerveux, disons seulement qu'il se trouve alors en présence de petits faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif ($D=0^{mm},001$), qui ne s'anastomosent nullement, mais s'entre-croisent; au niveau de ces entre-croisements multiples il y a souvent une *cellule plate de tissu conjonctif.* C'est cet ensemble qui a été pris pour une cellule ramifiée par les auteurs cités précédemment. Ainsi le tissu conjonctif se montre ici avec les mêmes caractères que dans tous les autres organes, seulement, dans les centres nerveux, le rapport des faisceaux et des cellules est tel que les figures qui en résultent peuvent en imposer aux histologistes pour des cellules ramifiées.

M. DUVAL.

De la structure des racines nerveuses de la moelle épinière et du bulbe chez l'homme et quelques animaux supérieurs, par le Dr ROUDANOWSKI. 1er *et* 2e *fascicules*, *Kazan*, 1873.)

De l'aveu de l'auteur même, cet ouvrage a été écrit, « autant pour éclaircir les points obscurs de nos connaissances sur l'histologie du tissu nerveux que pour recommander aux savants l'application aux études micrographiques de la méthode de congélation. » Cette méthode, d'après l'auteur, a des avantages considérables sur celles dont on se sert habituellement pour durcir les tissus. Les liquides employés dans ce but, par leur action chimique, modifient le volume, la forme et les rapports des éléments histologiques. Suivant l'énergie de l'agent durcissant, les modifications dans le tissu sont plus ou moins grandes. De là une

divergence regrettable dans les opinions des micrographes qui ont écrit sur la structure des nerfs. La méthode de la congélation est exempte des inconvénients cités plus haut. Elle est rapide, facile à exécuter, et elle seule nous permet l'examen du tissu tout à fait frais, et pour ainsi dire à l'état vivant, car les expériences de Richardson (1867) ont démontré que les animaux, dont le cerveau était devenu d'une dureté excessive par l'action du froid, revenaient à la vie. Le prof. Valter (de Kiew) a constaté le même fait sur les grenouilles.

La congélation du tissu nerveux destiné aux préparations microscopiques doit être faite à une température de 8 à 10 degrés au-dessous de zéro. Deux heures suffisent pour que le cerveau de l'homme soit convenablement durci. Les préparations obtenues par cette méthode n'ont pas besoin d'être traitées par différents réactifs pour augmenter leur transparence, artifice qui n'est pas exempt d'inconvénient. Laissées à l'air chaud, elles se dessèchent en quelques instants.

La méthode de la congélation a été déjà expérimentée par Valter, Chrzonszczewski, Minch, Fromann et autres. Stricker la regarde comme une des plus utiles.

Huit planches photographiées sont annexées à cet ouvrage; elles contribuent beaucoup à l'intelligence des descriptions méthodiques qui sont d'une clarté remarquable.

Il nous serait impossible de donner une analyse complète de la partie anatomique de l'ouvrage, les détails techniques y tenant une trop grande place. Du reste les opinions de l'auteur concordent le plus souvent avec celles des autres histologistes. Nous nous bornons donc à citer, à titre d'exemple, les résultats qui nous ont paru les plus intéressants. Grâce à la méthode de la congélation les tubes nerveux, sur une coupe transversale, apparaissent avec plus de netteté; leur contour est arrondi, et non polygonal, comme sur les préparations durcies par les acides; les espaces intertubulaires auxquels l'auteur donne le nom de réservoirs ou espaces lymphatiques sont mieux visibles. Sur les préparations congelées, la structure du cylindre-axe est facilement appréciable. Il se présente sous la forme d'un tube, constitué par les cellules épithéliales, rempli d'une masse liquide, ou plus rarement d'une substance dure. De distance en distance, le cylindre-axe donne des prolongements qui vont s'anastomoser avec les cylindres voisins. Les tubes élémentaires de Stilling sont considérés par l'auteur comme un produit artificiel dû aux réactifs employés pour la préparation.

La même cause produirait les canaux perivasculaires décrits par His.

HENSZEL.

Zur Anatomie der Paukenhöhle (Anatomie de la caisse du tympan), par V. URBANTSCHITSCH ; communic. à la Société des médecins de Vienne. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde, , n° 12, 21 mars 1873.*)

L'auteur décrit des membranes existant à l'état physiologique, au nombre de quatre, partant de la branche verticale de l'enclume, et se portant en dedans, à la paroi interne de la caisse du tympan, en dehors à

la corde du tympan, en avant au manche du marteau, en arrière à la paroi postérieure de la caisse du tympan. Ces membranes peuvent être réduites à de simples brides ligamenteuses.

Urbantschitsch signale en outre la présence fréquente, chez le nouveau-né, d'ostéophytes sur la pyramide, au pourtour des fenêtres ronde et ovale, et sur la paroi postérieure de la caisse du tympan. Ces ostéophytes sont reliés entre eux ou avec les parois de la caisse par des filaments membraneux formant comme autant de ponts.

Parfois, à la face postérieure de la caisse du tympan, existe une saillie ostéophytique, comme foliacée, divisant cette paroi en deux parties, la supérieure plus étendue que l'inférieure.

H. THORENS.

Zur Anatomie und Physiologie der Tuba Eustachiana (Contribution à l'anatomie et à la physiologie de la trompe d'Eustache), par E. ZUCKERHANDL. (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, 1873, n° 12.)

Ce travail a pour objet principal l'étude des connexions qui existent entre la trompe et les muscles de la déglutition. En disséquant avec soin la muqueuse de l'orifice pharyngien de la trompe, on voit partir de cet orifice un certain nombre de faisceaux tendineux, parfois élastiques, ayant une grande ressemblance avec les cordes tendineuses des valvules du cœur ; l'insertion de ces faisceaux paraît avoir lieu directement sur le cartilage de la trompe. De là, ils se dirigent le long du tissu conjonctif qui sépare la muqueuse pharyngienne du constricteur supérieur et du constricteur moyen ; une partie des faisceaux va se rendre aux parois postérieure et externe du pharynx. C'est par l'intermédiaire de ces faisceaux que la trompe est entr'ouverte lorsque les constricteurs du pharynx se contractent. Lorsque, au contraire, ces faisceaux tendineux sont tirés en bas, les parois de la trompe se rapprochent l'une de l'autre et alors, d'après Weber-Liel (*Ueber das Wesen und die Heilbarkeit der häusfigsten Form progressiver Schwerhœrigkeit*, Berlin, 1873), il se produit une traction dans le muscle tenseur du tympan. L'auteur a également trouvé un réseau de fibres tendineuses sur les parties latérales de la trompe, mais il n'a pas encore pu constater leur influence sur la ventilation de l'oreille moyenne.

Un autre résultat de ses recherches, c'est la découverte de cartilages accessoires faisant partie de la trompe et qui ont été vaguement décrits par Luschka (*Anatomie des Menschen*) et par Henle (*Handbuch der syst. Anat.*, Braunschweig, 1866). Sur la partie convexe du cartilage latéral de la trompe, Z. a trouvé une lamelle cartilagineuse de la grosseur d'un grain de chènevis, placé entre la muqueuse externe et le cartilage de la trompe, auquel elle était faiblement adhérente par l'intermédiaire d'une couche de tissu conjonctif. Le plus souvent on peut voir un certain nombre de lamelles cartilagineuses au bord inférieur et latéral de la trompe, et enfin on rencontre également des cartilages accessoires dans les faisceaux tendineux qui vont de la trompe aux muscles du pharynx. Sous ces cartilages accessoires on retrouve le plus souvent la trompe tout à fait intacte ; mais

parfois aussi la portion cartilagineuse de la trompe est elle-même divisée en plusieurs lamelles semblables à ces lamelles accessoires. Il résulte donc de ces faits que la trompe cartilagineuse se forme à l'aide d'un certain nombre de noyaux primitifs dont la réunion peut être incomplète.

KLEIN.

O bez pozrednick, etc. (Des anostomoses directes entre les artères et les veines), par H. HOYER. (*Varsovie*, 1873 *et Centralblatt*, 1873, *n*° 52, *p*. 829.)

L'auteur a été amené à admettre une communication directe des artères avec les veines par les faits expérimentaux suivants: En injectant dans les artères du lapin une solution alcoolique de résine colorée par le cinabre ou le bleu de Prusse, il voyait la matière à injection passer dans les veines, alors cependant que le microscope démontrait qu'elle n'avait pas dépassé les petites artérioles et totalement respecté les capillaires. L'oreille du lapin ainsi injectée par la carotide se prête spécialement à ces recherches. Il importe de la placer pendant quelques jours dans un mélange de 1000 parties d'eau, 1 à 2 d'acide chromique, 5 à 10 d'acide chlorhydrique. On éloigne alors facilement les poils et l'épiderme et l'on examine les vaisseaux à un faible grossissement. On peut encore augmenter la transparence de la préparation en y ajoutant de l'alcool et de l'essence de térébenthine.

Sur ces pièces, outre les capillaires qui font communiquer l'artère auriculaire postérieure avec les veines correspondantes et dont la portion tournée vers l'artère seule est injectée, on voit des vaisseaux 4 à 5 fois plus volumineux que les capillaires, remplis de matière à injection et faisant communiquer directement les artérioles avec les veinules. Ces vaisseaux sont contournés, plus souvent rectilignes; ils offrent exactement la structure des artérioles. L'auteur ne se prononce pas sur le rôle physiologique de ces anastomoses; mais les faits qu'il rapporte sont presque identiques à ceux qui ont été signalés en 1862 par Sucquet sous le nom de *circulation dérivative*.

STRAUS.

Sulla struttura delle cartilagini jaline (Sur la structure des cartilages hyalins), par le Dr F. COLOMIATTI; communication préalable. (*Osservatore; Gaz. delle cliniche*, *n*° 32. — *Rivista di med., di chir. e terap. du* 15 *et* 16 *déc.* 1873.)

Suivant Heitzmann et autres, les cellules cartilagineuses communiqueraient les unes avec les autres au moyen de canalicules anastomosés entre eux et de prolongements protoplasmatiques en réseaux traversant la substance intercellulaire. Or, il résulte des recherches propres de l'auteur que ces communications n'existent pas, ou que tout au moins, elles ne sont pas démontrables, soit par les méthodes proposées par Heitzmann, soit par d'autres. — Le réseau décrit par Heitzmann serait le résultat d'une précipitation irrégulière du nitrate d'argent ou du chlorure d'or

sur la surface des sections soumises aux recherches microscopiques. Au moyen de tous les réactifs, au contraire, l'auteur démontre l'existence de cellules munies de prolongements ramifiés à la surface des cartilages articulaires. BARÉTY.

Anomalies congénitales de la clavicule, par E.-H. BENNETT ; in Proceedings of the pathological Society of Dublin. (*The Dublin Journal of medical science, nov.* 1873.)

En soulevant les insertions claviculaires du trapèze du côté gauche, on trouva la clavicule bifide, et une double articulation avec le scapulum. Vu par sa face supérieure, l'os présentait au niveau du tubercule conoïde une éminence en forme de V, en tout semblable à une consolidation vicieuse d'une fracture oblique. Le bord postérieur s'étendait jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec laquelle il s'articulait. Cette surface articulaire occupait un peu plus d'un pouce d'étendue. Tous les accessoires d'une articulation diarthrodiale existaient. Les ligaments conoïde et trapézoïde étaient plus développés qu'à l'état normal, et l'articulation coraco-claviculaire très-imparfaite.

La clavicule du côté droit était parfaitement normale.

Le côté saillant de cette communication réside dans l'absence complète de cette disposition normale dans la série animale qui puisse aider à trouver la signification du fait. MARCANO.

Remarques sur un cas de transposition générale des viscères, par le Dr BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. (*Revue médicale de l'Est, janvier et février* 1874.)

Après la description aussi minutieuse qu'exacte d'un cas de transposition générale des viscères, l'auteur insiste sur un certain nombre de particularités observées fréquemment dans des cas analogues.

La courbure latérale du rachis est certainement un des faits les plus curieux notés dans les observations de transposition générale des viscères, et l'auteur n'a pas craint d'examiner longuement quelles devaient être les causes réelles de cette déviation.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° La courbure latérale du rachis n'est pas due à la prédominance d'action du membre supérieur droit ;

2° Elle n'est pas non plus une simple dépression vasculaire due à la présence de l'aorte ;

3° Elle n'est qu'un cas particulier du fait général de l'insymétrie des deux moitiés du corps ;

4° La cause de cette courbure ne doit pas être cherchée dans des causes locales, mécaniques ou autres, mais plutôt dans le développement même du rachis et du squelette, c'est-à-dire dans la cause encore

inconnue de l'insymétrie générale du corps. Si les causes locales ont une influence, cette influence ne peut être que secondaire ;

5° Cette courbure latérale peut être ou non transposée dans les cas de transposition générale des viscères, de même que, dans ces cas, on peut trouver certains organes qui échappent à l'inversion générale, suivant que la transposition est plus ou moins complète.

Après avoir passé en revue les différentes anomalies du poumon, de la rate, du testicule, qui peuvent s'observer en cas de transposition viscérale, après avoir étudié le diagnostic de la transposition générale et les erreurs auxquelles elle peut donner lieu, l'auteur se livre à quelques réflexions sur la cause de cette anomalie.

Les théories rattachant l'insymétrie à l'influence prépondérante soit du foie, soit du cœur, lui paraissent inadmissibles ; la théorie de V. Baer est plus sérieuse et tend à être généralement adoptée.

D'après ce tératologiste, la situation des viscères serait liée à celle de l'embryon, par rapport à la vésicule ombilicale.

Quand, pour une cause inconnue, l'embryon se place à droite du vitellus, au lieu de se placer à gauche, comme normalement, il y a transposition générale des viscères.

D'après M. Beaunis, cette théorie se rapprocherait beaucoup de la vérité, mais ne l'embrasserait pas tout entière ; comment y faire rentrer en effet les espèces animales dans lesquelles le vitellus reste à l'intérieur du corps et ne se divise pas en tube intestinal et vésicule ombilicale ?

De nouvelles recherches sont donc nécessaires et doivent être dirigées dans le sens de l'anatomie comparée. L.-E. DUPUY.

Ueber Parenchymcanäle und deren Beziehung zu dem Blut- und Lymphgefässystem (Sur les canaux des parenchymes et leurs rapports avec les systèmes sanguin et lymphatique), par le Dr J. ARNOLD, de Heidelberg. (*Centralblatt*, 1874, *n°* 1, *p.* 1.)

Les recherches faites sur la diapédèse ont démontré, d'après Arnold, que les globules rouges traversent les capillaires au niveau des stomates, et que c'est par ceux-ci que le cinabre et la colle injectés pénètrent dans les tissus. Les vaisseaux remplis avec ces substances présentent de petites élevûres formées par la masse injectée et les hématies qui sortent. Les hématies enclavées dans la paroi plongent par leur moitié restée dans le vaisseau au sein du cylindre de colle qui remplit la lumière du capillaire, tandis que la partie qui est sortie est entourée d'une couche de colle.

L'auteur a vu, à l'époque de ses premières recherches (*Rev. sc. méd.*, t. III, p. 551) que les contours des vaisseaux sanguins sont interrompus non seulement par les stomates, mais encore par des lignes bleues qui se prolongent plus ou moins loin dans les tissus, et présentent de nombreuses ramifications. Plus tard il fit des recherches sur ce point, d'abord sur la langue, puis sur la membrane natatoire des grenouilles ; il posa des ligatures sur les veines de manière à amener de l'hyperémie et de l'œdème,

puis, au bout d'un certain temps, il pratiqua l'injection du système sanguin et du système lymphatique.

Voici le résumé des résultats qu'il a obtenus :

Vient-on à lier les veines latérales de la langue de la grenouille, il se produit immédiatement les phénomènes de la stase veineuse et, plus tard, ceux de la diapédèse.

Fait-on alors une injection par la crosse de l'aorte, on voit se remplir, non-seulement les vaisseaux sanguins, mais aussi un réseau, à mailles étroites, de vaisseaux très-fins, qui présente, principalement autour des glandes, une disposition très-régulière. On trouve aussi ce réseau sur la membrane natatoire lorsque, par la ligature de la veine crurale, on a produit l'hyperémie et l'œdème avant d'injecter les vaisseaux sanguins. Assez fréquemment la matière injectée pénètre, non-seulement dans ce système de canaux, mais encore dans quelques vaisseaux lymphatiques.

Si l'on pose une ligature autour de la cuisse d'une grenouille, de manière à ce que la circulation de la lymphe soit arrêtée lorsqu'on injecte les vaisseaux lymphatiques de la membrane natatoire, la masse injectée pénètre en beaucoup de points de la paroi des vaisseaux lymphatiques dans les tissus environnants. On voit se remplir dans ceux-ci un système de canaux renflés en beaucoup de points, et la masse injectée peut ainsi passer quelquefois dans les vaisseaux sanguins.

L'auteur réserve la question des rapports de ce système avec les canaux nourriciers découverts par v. Recklinghausen, et ceux qui pourraient exister avec les corpuscules de tissu conjonctif et les cellules pigmentaires. H. CHOUPPE.

Ueber die Lymphscheide der Gefässe der Chorioidea (De la gaîne lymphatique des vaisseaux de la choroïde), par le Dr Franz MORANO, de Naples. (*Centralbl.*, 1874, *n*° 1, *p.* 3.)

Les vaisseaux de la choroïde présentent une membrane périvasculaire analogue à celle découverte dans d'autres organes, notamment dans le cerveau.

Par la macération dans la liqueur de Beale, et après injection avec le bleu de Prusse, l'on trouve, surtout dans la choroïde du mouton, que le vaisseau capillaire, dont les parois sont accusées par les contours nets de la colonne fermée par l'injection, est entourée d'une gaîne lymphatique. Sur les parois mêmes du vaisseau l'on voit des noyaux ovales ou sphériques.

Quant à la gaîne lymphatique, elle se compose de corpuscules fusiformes ou allongés, riches en protoplasma, communiquant entre eux par des prolongements.

Les corpuscules se renflent du côté de la paroi vasculaire propre, mais du côté opposé ils sont un peu aplatis, voire même excavés.

Les corpuscules du tissu conjonctif de la choroïde sont en communication directe avec ceux de la gaîne lymphatique ; ils sont très-nombreux, fusiformes ou allongés, renflés en leur milieu, avec des îlots de protoplasma très-pigmentés ; ils sont très-visiblement canaliculés.

Dans tout le canalicule existe aussi du protoplasma très-finement granuleux, que l'on observe également dans les dernières communications de ces corpuscules avec les corpuscules creux de la gaîne lymphatique.

H. CHOUPPE.

PHYSIOLOGIE.

ANALYSES.

Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Gehirns (Suite des expériences sur la physiologie du cerveau), par HITZIG, Soc. médico-psychologique de Berlin, séance du 7 juillet 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 52, 29 *déc.*; *Arch. de Reichert et Du Bois Reymond*, 1873, *p.* 397-436.)

Ueber die Resultate der elektrischen Untersuchung der Hirnrinde eines Affen (Résultats de l'électrisation de la substance corticale du cerveau chez un singe), par le Dr Edouard HITZIG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1874, *n°* 6.)

I. — Ce travail expose la suite des expériences qu'avaient entreprises en commun Hitzig et Fritsch sur l'excitabilité du cerveau chez le chien.

1° *Action différente des électrodes.* — Quand on excite la substance corticale du cerveau avec des courants d'intensité croissante, les premières convulsions se produisent quand le courant est dirigé vers le pôle positif, les secondes par la fermeture du courant positif; puis surviennent les convulsions déterminées par un courant dirigé vers le pôle négatif; enfin, en dernier lieu, celles dues à la fermeture du courant négatif.

Chaque électrode diminue d'une quantité considérable l'excitabilité aux mêmes électrodes, et augmente, au contraire, l'excitabilité aux autres électrodes.

2° *Etat du cerveau dans le sommeil par l'éther et la morphine.*— L'intoxication par la morphine à hautes doses (en injections sous-cutanées) ne modifie en rien l'état du cerveau.

Pendant le narcotisme dû à l'éther, l'excitabilité de quelques centres cérébraux s'éteint, tandis que celle des autres est conservée, même après disparition de l'excitabilité réflexe, à moins qu'on ait employé des doses extraordinairement considérables; mais même alors elle ne disparaît que momentanément.

3° Dans l'*apnée*, l'excitabilité du cerveau et la sensibilité réflexe persistent, mais cette dernière est légèrement diminuée.

4° *Situation de certains centres.* — Le centre des *muscles oculaires*, vainement cherché précédemment, se trouvait à l'intérieur du centre des muscles du *facial* qui convergent autour de l'œil. On peut donc considérer ce centre comme le mécanisme central des muscles qui meuvent et protégent l'œil, et ainsi s'explique d'une façon très-simple le consensus connu entre les mouvements du globe oculaire et ceux des paupières.

En revanche, les branches du facial qui meuvent la bouche proviennent d'une portion du cerveau située plus latéralement.

Les portions de la surface corticale excitable qui ne réagissent que sous de forts courants sont en relation intime avec les centres découverts ; elles comprennent des voies de transmission et de conjonction (Verbindung) démontrées par les expériences, et elles établissent en outre des rapports (Verknüpfung) entre les divers districts cérébraux. Il existe d'autres connexions dans les grosses masses ganglionnaires du cerveau. On peut, en particulier, par irritation localisée à l'extrémité antérieure du noyau lenticulaire, mettre en mouvement les deux membres postérieurs, l'extrémité antérieure opposée des portions de la musculature du membre antérieur correspondant de la face, et un grand nombre de muscles du tronc.

Ces phénomènes sont le résultat de l'organisation inférieure du cerveau des chiens, et s'expliquent par une décussation incomplète des fibres.

II. — Pour continuer ses recherches sur les centres muculaires, Hitzig s'est servi d'un singe (*Innuus Rhesus*) vivant. L'animal étant éthérisé, on procède à l'ouverture de la moitié gauche du crâne, sans cependant déterminer d'hémorrhagie notable ; le singe se réveilla; néanmoins il se tint si tranquille que les expériences furent beaucoup plus faciles sur lui que sur les chiens.

La première question que l'auteur se proposait de résoudre était celle-ci :

En quelles portions du cerveau du singe se trouvaient les points dont l'excitation par des *courants de faible intensité* déterminaient des mouvements chez le chien ?

Tous les centres étaient situés dans la circonvolution centrale intérieure, de façon à occuper toute la superficie comprise entre le sillon interhémisphérique et la scissure de Sylvius.

Immédiatement à côté de la ligne médiane, et distant d'elle de 3 millimètres seulement, se trouve le centre pour les membres postérieurs (n° 1).

A 3 millimètres, plus en dehors, celui des membres antérieurs (n° 2).

A 7 millimètres du précédent était le centre facial (n° 3).

Enfin, à 12 millimètres de celui-ci et seulement à 6 millimètres de la scissure de Sylvius, existaient les points en rapport avec les mouvements de la bouche, de la langue et des mâchoires (n° 4).

En produisant, au moyen des courants d'induction, l'innervation artificielle des muscles du membre supérieur, on arrivait aux résultats suivants : si l'on appliquait les électrodes un peu en avant du centre musculaire correspondant, on obtenait une pronation du membre ; au contraire, à quelques millimètres en arrière du même centre, on avait une extension du carpe et des doigts. Tout à côté on déterminait des mouvements de préhension, ou bien le rapprochement de la pulpe du pouce et des deux doigts voisins.

L'électrisation du centre situé plus latéralement provoquait la rétraction de l'oreille et la fermeture de l'œil. Plus en dehors encore, outre les mouvements de l'oreille, on obtenait des contractions des masséters, puis des lèvres, et enfin une large ouverture de la bouche quand on plaçait les électrodes sur le point situé au niveau de la scissure de Sylvius. En un lieu contigu au centre précédent, mais un peu plus élevé que lui, on déterminait une rétraction des commissures labiales. L'irritation d'un point très-voisin également, mais non fixé exactement, entraînait des mouvements dans la langue et dans les muscles sus et sous-hyoïdiens. Tous les mouvements groupés autour du centre n° 4 étaient bilatéraux.

Tout auprès du centre pour les membres antérieurs, on obtenait aussi une rotation de la tête de droite à gauche, pendant que l'excitation d'un point situé un peu plus en dehors et en arrière du centre pour la portion supérieure du facial, déterminait une légère extension de la tête.

C'est l'orbiculaire palpébral qui donnait le minimum de contractions par les courants d'induction. On omit malheureusement de rechercher si le centre pour l'orbiculaire pouvait aussi déterminer des mouvements de l'œil : on peut toutefois l'admettre par analogie avec ce qui se passe chez le chien.

Quant à la région pariétale proprement dite et au lobe frontal, on se contente de s'assurer que les courants d'aussi faible intensité n'y provoquaient pas de contractions.

En avant du sillon précentral, avec des courants intenses, on produisait une rotation de la tête, de gauche à droite, et une énergique contraction des deux muscles frontaux. Des courants un peu moins forts suffisaient à déterminer des contractions au niveau de la partie située en arrière du sillon de Rolando ; la partie supérieure de la circonvolution centrale postérieure réagissait encore plus facilement. Plus en arrière, on n'obtenait plus de contractions, même avec de forts courants. Dans toutes les régions où l'on provoquait

des contractions, l'oreille y participait, pourvu que les courants fussent énergiques.

En face des résultats ci-dessus, l'auteur n'hésite pas à désigner la *circonvolution centrale antérieure comme la partie spécialement motrice de la substance corticale.*

Si l'on envisage maintenant les rapports anatomiques de cette région avec les districts du cerveau du chien, qu'on peut mettre en parallèle sous le rapport physiologique, on reconnaît, en général, la justesse des assertions émises par l'auteur dans son précédent mémoire ; ce n'est que sur quelques points particuliers qu'elles paraissent devoir être modifiées.

Hitzig prétendait alors qu'on devait chercher les parties excitables du cerveau humain davantage dans la région pariétale ; que l'accroissement de volume du cerveau chez l'homme consistait surtout dans un développement plus considérable du lobe frontal ; enfin, qu'on devait identifier le sillon crucial de Leuret avec le sillon de Rolando.

La première partie de ces opinions se trouve parfaitement confirmée.

Il suffit, en effet, de comparer le bord médian des hémisphères pour reconnaître le développement considérable, chez le singe, des portions situées en avant de la zone excitable, tandis que la région située en arrière de cette zone est plutôt moins développée.

En revanche, les parties les plus excitables, au lieu d'être situées comme le pensait Hitzig, surtout dans la circonvolution centrale postérieure, et en partie seulement dans la circonvolution centrale antérieure, se trouvaient en totalité dans cette dernière ; de plus, en se basant sur les expériences actuelles, on ne retrouve pas chez le chien l'analogue de la circonvolution centrale postérieure. Enfin, à l'inverse de chez le chien, les régions excitables ne sont pas situées dans deux circonvolutions différentes et dans leurs annexes, mais bien dans une seule.

Un détail intéressant à relever, c'est que les muscles qui, chez l'homme, servent au langage, ont leur centre, chez le singe, tout à fait vers le bord antérieur de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire en un point immédiatement voisin de celui qui est habituellement lésé dans l'aphasie. J. B.

Critique expérimentale des travaux de MM. Fritsch, Hitzig, Ferrier, par MM. CARVILLE et DURET. (*Soc. de biol.*, 20 *déc.* 1873 *et* 3 *janvier* 1874.)

Dans ces dernières années, deux physiologistes allemands, Fritsch et Hitzig, ont cru démontrer que chez les mammifères la couche corticale du cerveau peut être stimulée par l'électricité, et ont décrit certains groupes de circonvolutions situés dans le lobe antérieur,

dont l'électrisation détermine des mouvements coordonnés de la patte antérieure du côté opposé. Ferrier, dont le travail a été analysé dans cette revue (t. III, p. 38), a repris et développé ces recherches, et a prétendu démontrer que chaque circonvolution est un centre séparé et distinct, et que, dans certains groupes définis de circonvulutions se trouvent localisés les centres pour les mouvements variés des paupières, de la bouche, de la langue, etc.

Mais une objection se présente naturellement : est-on bien certain, en suivant les procédés indiqués par Ferrier, de localiser le courant ? Celui-ci n'agit-il que sur la couche grise des circonvolutions et dans des points circonscrits de cette couche grise ? Le courant électrique, si faible qu'il soit, ne diffuse-t-il pas dans la substance blanche ? Ne pénètre-t-il pas, en suivant les faisceaux blancs, à une certaine distance, peut-être jusque dans les corps striés et les pédoncules cérébraux ? C'est pour éclaircir cette question que MM. Carville et Duret ont entrepris, dans le laboratoire de pathologie expérimentale, une série d'expériences, qui les ont menés aux conclusions suivantes :

1° Les courants faradiques, même faibles, diffusent sur la surface du cerveau d'un point à l'autre ;

2° Cette différence à la surface se fait par les liquides et par la pulpe cérébrale ;

3° Les courants faradiques, même faibles, ne peuvent être localisés dans l'épaisseur de la substance grise ; ils diffusent plus ou moins profondément dans la couche blanche subjacente. Il est probable que dans ce cas, ils suivent une certaine direction déterminée, peut-être celle des principaux faisceaux blancs qui se dirigent par les corps striés ou les pédoncules.

Dans une deuxième note, MM. Carville et Duret montrent que lorsqu'on électrise la surface des hémisphères, les effets produits varient selon que l'anesthésie de l'animal est complète ou incomplète. Dans toutes ses expériences, Ferrier se contente d'endormir l'animal : jamais l'insensibilité n'est absolue. MM. Carville et Duret, dans les conditions opposées, ont obtenu des résultats qui diffèrent complétement de ceux que Ferrier a décrits.

I. — Lorsque l'anesthésie est incomplète, on peut, en appliquant les électrodes successivement à la surface des circonvolutions, reproduire en partie les mouvements décrits par Ferrier dans son mémoire. Mais que deviennent ses conclusions sur les centres corticaux, en face de l'expérience de MM. Carville et Duret, qui consiste à enlever avec le dos d'un scalpel, chez un chien endormi par le chloral, la couche grise des circonvolutions, et à électriser directement la substance blanche située immédiatement au-dessous ? On obtient, dans ces conditions, les mouvements de la patte antérieure, du tronc et de la patte postérieure ; plus on approche du corps strié, plus les mouvements sont accusés.

II. — Quand l'anesthésie est complète, on n'obtient plus aucun effet de l'excitation des circonvolutions, quelle que soit l'intensité du courant. Pourquoi les anesthésiques empêchent-il ainsi les contractions? Ici les auteurs passent en revue plusieurs explications qu'ils rejettent, et sont amenés à penser que les courants appliqués à la surface du cerveau n'agissent que parce qu'ils vont exciter les corps striés et les pédoncules, ou en un mot, les parties reconnues excitables de l'encéphale. Voici comment ils formulent leurs conclusions :

La couche périphérique des hémisphères est inexcitable ; elle est insensible et ne contient point de *centres moteurs spéciaux*. — Les effets obtenus par la faradisation, qui pénètre jusqu'aux corps striés et aux pédoncules, sont ceux de l'excitation directe de ces organes. — Ces effets ne peuvent être attribués à aucune action réflexe. L'anesthésie complète, qui empêche ces effets, ne change en rien les conditions de la couche périphérique des hémisphères, elle n'agit que par la diminution plus ou moins prononcée de l'excitabilité des parties reconnues excitables de l'encéphale.

L.-G. RICHELOT.

Examen de quelques points de la physiologie du cerveau, par Eugène DUPUY. (*Thèse de Paris*, 1873. — *A. Delahaye.*)

Ce travail porte spécialement sur deux points de la physiologie de l'encéphale.

D'une part, il s'occupe des *actions d'arrêt* par lesquelles les lésions cérébrales peuvent abolir ou pervertir la sensibilité spéciale ou générale et la transmission des ordres de la volonté aux muscles. L'auteur considère que toutes ces actions se manifestent de la même façon que l'arrêt du cœur à la suite de la galvanisation des pneumo-gastriques. Dans ce cas les symptômes des affections cérébrales seraient dus à une activité morbide et non à une cessation d'action. On sait qu'il arrive que les symptômes d'une affection cérébrale peuvent disparaître complétement dans les derniers temps de la vie. M. Dupuy, adoptant l'opinion de son maître, M. Brown-Séquard, pense que cette disparition des symptômes est due à ce que la nutrition de l'encéphale a été diminuée, et que les fibres qui produisaient le phénomène ont perdu leur activité.

D'autre part, M. Dupuy s'occupe d'expériences de contrôle relativement aux récents travaux de Ferrier (Voy. *R. S. M.*, t. III, p. 38). De ces expériences M. Dupuy conclut que les excitations électriques appliquées sur les circonvolutions n'agissent qu'en se propageant jusqu'à la base du cerveau, pour y exciter soit les nerfs qui en naissent, soit la base elle-même et le bulbe. Si l'on excite la dure-mère avec l'électricité, on obtient aussi des contractions dans

une des pattes antérieures, et généralement d'une manière croisée. Le fait que la grenouille galvanoscopique a été jetée en état de contraction quand son nerf touchait à un endroit de la masse cérébrale, loin du lieu excité, confirme l'idée que le courant électrique s'est propagé. Telle est essentiellement la critique expérimentale opposée aux résultats de Ferrier. Si maintenant nous reproduisons les principales conclusions de Dupuy, le lecteur sera à même de voir combien elles diffèrent de celles du physiologiste anglais (Voy. *Revue des sc. médic.*, *loc. cit.*, p. 39, 40, 41):

Il est possible de faire naître, par l'irritation de points limités quelconques de la couche corticale du cerveau, des contractions dans tout un membre quelquefois. Généralement, c'est le membre antérieur et du côté opposé qui en est le siége. — Contrairement aux résultats obtenus par Ferrier, on n'a jamais pu obtenir d'effets sur la langue, soit de projection, soit de rétraction. La conservation intégrale de la couche corticale du cerveau n'est pas indispensable à la manifestation d'actions volontaires et même intelligentes. — Il est impossible de soutenir que le cervelet est le centre coordinateur des muscles de l'œil; jamais, quand l'ablation du cervelet est bien faite, il n'y a de troubles visuels : la diminution de forces que l'on observe dans ce cas ne permet pas même d'attribuer au cervelet la faculté de *renforcer*, pour ainsi dire, *l'action nerveuse*, comme l'avait dit Rolando et comme l'a supposé Luys; outre la perte de sang, la maladie qui résulte du traumatisme suffit amplement pour expliquer la faiblesse de l'animal. M. DUVAL.

La machine animale, locomotion terrestre et aérienne, par E.-J. MAREY. (1 *vol. in-8e de* 300 *pages.*— *G. Baillière*, 1873.) — **Principes du vol des oiseaux, note de M. BERTIN.** (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 9 *févr.* 1874.) — **Historique de la question du glissement de l'oiseau dans l'air, note de M. Alph. PENAUD.** (*Compt. rend. de l'Acad. des sc.*, 2 *févr.* 1874. — **Sur la théorie du vol des oiseaux, par MM. H. et L. PLANAVERGNE.** (*Compt. rend. de l'Acad.*, 26 *janv.* 1874.) — **Physiologie du vol; du point d'appui de l'aile sur l'air, note de M. MAREY.** (*Compt. rend.*, 12 *janvier* 1874.)

La machine animale ne saurait plus être étudiée aujourd'hui comme elle le fut autrefois par les iatro-mécaniciens. Ceux-ci s'attachaient essentiellement à pénétrer le jeu des parties qui, dans l'organisme, peuvent être comparées à des leviers, à des poulies, à des cordages, à des soupapes, etc. Or, si la physiologie voit dans différents appareils de l'économie une construction qui rappelle celle des machines de l'industrie humaine, ne doit-elle pas pousser plus

loin encore la recherche des analogies, et se demander si quelque chose distingue les forces qui mettent en jeu les machines vivantes de celles qui meuvent les machines inanimées ? A cette question, la science moderne a répondu en démontrant la parfaite identité de nature et d'origine de ces forces.

C'est à l'exposé de ces conquêtes récentes de la mécanique et de la physiologie qu'est consacrée la première partie du livre de M. Marey. La notion d'*équivalence des forces*, immédiatement appliquée à l'étude de la question si complexe de la *chaleur* et du *travail* produits par les animaux, nous montre que les forces cédées par les substances alimentaires se transforment en partie en chaleur et en partie en travail. De toutes les formes du travail accompli par l'être vivant, celui qui a pour siége les muscles striés est le plus considérable, le plus évident, le plus abordable à l'analyse. Tout le monde connaît les progrès importants que les recherches du professeur du Collége de France ont fait faire à cette partie de la physiologie. Trouvant ici, sous une forme accessible à tout le monde, les principaux résultats de ces travaux sur la *secousse musculaire*, sur le tétanos physiologique, etc., le lecteur sera à même de juger de l'importance de ces études, qui permettent de comprendre plusieurs questions de physiologie pathologique, et, par exemple, la théorie des diverses formes de *tremblement*.

L'étude de la contraction musculaire amène nécessairement celle de l'activité nerveuse qui la commande; parmi les résultats nouveaux fournis par les expériences sur la conductibilité nerveuse, nous signalerons le suivant : Helmholtz et un certain nombre de physiologistes avaient cru démontrer que la vitesse de l'agent nerveux varie avec la température ; les nouvelles recherches de M. Marey lui permettent de penser que si, en excitant un nerf refroidi, on observe un retard dans l'apparition de la contraction musculaire, ce retard résulte moins d'une diminution dans la vitesse de conduction du nerf que d'une augmentation dans la durée de ce que Helmholtz a appelé le temps perdu (ou l'excitation latente) du muscle.

Revenant alors à l'étude du muscle, M. Marey montre la parfaite identité du travail de ces moteurs animés et de toutes les autres formes de travail mécanique. Ces notions, aujourd'hui si précises, ne peuvent être négligées du médecin, car elles ont aussi leurs applications à la pathologie : le tétanos nous en donne un exemple. « Un moteur ne travaille qu'à la double condition de développer un effort et d'accomplir un mouvement. Ainsi un muscle qui se contracte n'effectue du travail extérieur que pendant qu'il se raccourcit; dès qu'il est arrivé à la limite de son raccourcissement, il cesse de travailler, quel que soit l'effort qu'il développe. Lorsqu'on soutient un poids après l'avoir soulevé, l'acte de soutènement ne constitue pas un travail; mais, dans ces conditions, pour

maintenir la force élastique du muscle, il se produit à son intérieur les mêmes actes que pendant le travail : les ondes musculaires se suivent à de courts intervalles et les actions chimiques dégagent de la chaleur. Or, cette chaleur ne pouvant se transformer en travail, doit rester dans le muscle et l'échauffer fortement. C'est précisément ce que l'on observe ; de sorte que, dans le tétanos, qui consiste en une tension permanente des muscles, on a constaté que la chaleur se produit avec une intensité exagérée : la température du corps entier s'élève de plusieurs degrés. »

L'étude de la contraction musculaire est singulièrement éclairée par celle de la décharge électrique de la torpille et autres poissons électriques : d'abord, dans les muscles, la force se manifeste de façons différentes pendant l'activité et le repos ; l'interprétation exacte du phénomène que l'on a désigné sous le nom de variation négative montre que la manifestation sous forme de travail mécanique (lors de la contraction), se substitue à la manifestation sous forme d'électricité (courant électrique du muscle à l'état de repos). C'est là une théorie qu'il était facile de déduire des expériences de Du Bois Reymond et de Matteuci. Mais les rapports d'identité entre la secousse musculaire et la décharge électrique des poissons ont surtout été mis en évidence par les recherches de Marey ; il lui a suffi à cet effet de démontrer que : 1° les nerfs de la torpille transportent l'ordre de la volonté avec la même vitesse que les nerfs moteurs ; 2° quand l'appareil électrique a reçu l'ordre transmis par le nerf, il reste, comme le muscle, un instant avant de réagir (temps perdu) ; 3° la décharge de la torpille, contrairement à celle des appareils électriques de tension, possède une certaine durée, comparable à celle de la secousse musculaire.

La force et le travail musculaire sont alors étudiés, non plus dans leurs origines, mais dans leurs applications aux travaux de diverse nature qu'exécute la machine animale.

A un point de vue général se place tout d'abord l'examen des rapports de la forme du muscle avec celle du travail qu'il accomplit : *harmonie entre l'organe et la fonction*, tel est le titre d'un chapitre qui amène naturellement l'auteur à l'examen des théories de Lamark et de Darwin. Jamais l'hypothèse de l'évolution et de la sélection n'a été exposée d'une façon plus nette et plus concise à la fois ; partisan du transformisme, tant qu'il cherche ses arguments dans la méthode expérimentale, M. Marey apporte à la théorie à peine naissante et déjà si développée des preuves empruntées aux modifications des organes de la locomotion : malléabilité du squelette pendant la vie, sous l'influence de l'exercice normal ou des causes pathologiques ; variabilité et adaptation de la forme du muscle selon les besoins de sa fonction. On lira avec intérêt ces considérations générale où l'auteur relève quelques erreurs facilement commises, par exemple dans la classification des muscles. Il mon-

tre avec raison que les muscles penniformes (p. 74) doivent être classés, au point de vue physiologique, parmi les muscles courts.

Passant alors à un point de vue plus spécial, M. Marey fait l'étude de la locomotion, et en particulier de la locomotion terrestre et aérienne.

Nous ne parlerons pas ici de la locomotion terrestre : les mémoires originaux de M. Marey et de son élève, M. Carlet, ont déjà été analysés dans la *Revue* (*Voy.* 1873, t. I, p. 471 et 473).

Quant au vol de l'insecte et de l'oiseau, nous nous bornerons à quelques indications sur un sujet qui nous entraînerait trop loin de la physiologie humaine ; du reste, cette étude est seulement en voie d'évolution, comme l'indiquent les différentes *notes* communiquées à l'Académie des sciences et que nous avons inscrites en tête de cet article. Cependant, pour le vol des insectes, M. Marey ne s'est pas borné à la seule constatation de la rapidité et de l'étendue des coups d'aile : il a déterminé les déformations que leur mode d'action y fait naître, par suite de la résistance qu'elles rencontrent dans l'air, et il ne s'est tenu pour satisfait que lorsqu'il lui a été donné de reconstituer, sur des appareils entièrement artificiels, les mêmes faits et les mêmes constatations que sur l'insecte lui-même. On peut ainsi dire que ses vues sur ce sujet se trouvent tout à la fois vérifiées par l'analyse et par la synthèse, et qu'ainsi elles se trouvent établies, au point de vue scientifique, avec toute l'autorité nécessaire, celle du fait désormais indiscutable. (*Rapport* de M. Tresca à l'Académie des sciences, 16 février 1874.)

Le vol de l'oiseau était plus difficile à analyser et à reproduire par synthèse ; l'habile expérimentateur s'est trouvé ici en face de circonstances tout à fait imprévues : l'une des plus singulières est celle de l'influence de l'inertie de l'air sous-jacent à l'aile de l'oiseau en mouvement. Ayant remarqué que le soulèvement de son oiseau artificiel exigeait des coups d'ailes beaucoup plus rapides que chez les oiseaux véritables, M. Marey en a conclu que la résistance de l'air était pour ceux-ci beaucoup plus grande, par suite du repos relatif des couches d'air avec lesquelles leur mouvement rapide de translation les met successivement en contact, l'inertie des couches d'air sous-jacentes leur permettant ainsi d'y trouver un point d'appui aussi résistant pendant toute la durée de l'abaissement de l'aile. — Cette explication avait déjà été entrevue par M. Planavergne, en 1870; mais M. Marey est parvenu à vérifier l'hypothèse en donnant à son oiseau artificiel une vitesse de translation plus ou moins grande, soit suivant un mouvement de manége, soit en ligne droite.

Nous terminerons là ces rapides indications : elles suffiront pour montrer que l'expérimentation est en voie de fournir les données précises qui pourront sans doute permettre un jour de réaliser artificiellement la locomotion aérienne. M. Marey ne doute pas que ce problème, réputé impossible, ne puisse être résolu ; c'est là, dit-

il, une de ces impossibilités qui n'ont besoin, pour être réalisées, que d'un peu de temps et de beaucoup d'efforts. M. DUVAL.

Ueber die Schwankungen des Blutdruckes in verschiedenen Abschnitten des Gefässsystemes (Des variations de pression du sang dans les différentes portions du système circulatoire), par A. FICK. (*Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, vol. IV, p.* 223.)

Dans de nombreuses expériences destinées à contrôler et à compléter les résultats tirés jusqu'ici de l'étude des tracés sphygmographiques, Fick a étudié les courbes enregistrées par un manomètre mis en rapport direct avec différentes parties du système vasculaire. Ces expériences ont toutes été faites sur des chiens. Les recherches faites sur les artères confirment en général complétement les données sphygmographiques ; Fick a en particulier constaté de nouveau que le dicrotisme est, comme l'avait dit Marey, plus marqué dans les artères moyennes que dans les gros troncs. Il lui a été impossible d'établir pour les artères un rapport constant entre la pression moyenne et les variations de pression ; cependant, il a pu confirmer par l'observation un fait indiqué par la théorie, c'est que, en général, dans les petites artères, la variation représente une fraction plus petite de la pression moyenne que dans les grosses.

Les recherches faites sur les différentes parties du cœur accessibles à ce genre d'expérimentation, cœur droit et ventricule gauche, ont donné des résultats plus intéressants. Au lieu du cardiographe de Marey, Fick emploie un tube de verre ouvert aux deux bouts et présentant à l'extrémité cardiaque deux ouvertures latérales. Ce tube, qu'on fait pénétrer par les gros vaisseaux dans les différentes cavités du cœur, est mis en rapport par un ajutage de caoutchouc avec un manomètre. Fick pense obtenir ainsi des résultats plus comparables qu'avec le cardiographe, dont la graduation est, dit-il, de l'aveu même de Marey, très-difficile. Nous résumons ici les principaux faits constatés à l'aide de cet appareil.

1° *Ventricule droit.*— La pression est presque nulle et à peu près constante. Les légères élévations observées dans la courbe manométrique correspondent, non à la systole auriculaire, comme l'avait cru Marey, mais à la systole du ventricule. Les variations de pression qui, dans les conditions ordinaires, correspondent à peine à 2^{mm} de mercure, sont produites à un bien plus haut degré par les mouvements respiratoires que par les mouvements cardiaques ; dès qu'il y a obstacle à la respiration, la pression s'élève au

moment de l'expiration d'une quantité notable au-dessus de 0, et elle descend à —10 pendant l'inspiration.

2° *Ventricule droit.*—Le maximum de pression varie, suivant les cas, entre 18 et 42^{mm} de mercure (Marey donne 25^{mm} comme pression moyenne); Fick conclut de ses expériences que, dans le système de l'artère pulmonaire, la pression moyenne est au moins aussi variable que dans le système aortique. Les variations de pression qui correspondent aux différents temps de la révolution cardiaque sont absolument celles qu'avait indiquées Marey. Un fait intéressant, et qui tend à faire admettre une sorte d'aspiration directe par le ventricule, c'est que, immédiatement après la systole ventriculaire, la pression s'abaisse dans le ventricule bien au-dessous de 0, et est alors plus basse que celle qui existe au même instant dans l'oreillette. Enfin, dans quelques cas, Fick a vu, comme Marey, la courbe s'élever immédiatement avant le commencement de la systole ventriculaire, et indiquer dans cette cavité une pression plus considérable que celle de l'oreillette. Ce fait n'est pas constant, et Fick en conclut, ainsi que des résultats cités plus haut à propos de l'oreillette, que ce fait ne peut être expliqué, comme le fait Marey, par l'influence de la systole auriculaire.

3° *Ventricule gauche.*—La courbe obtenue par Fick est identique dans tous ses détails à celle de Marey. Les irrégularités des battements cardiaques, si fréquentes chez le chien à l'état normal, ont montré que les différences portent dans ce cas sur la durée du repos et non sur la systole. En retirant l'extrémité de son tube du ventricule dans l'aorte, sans interrompre l'expérience, Fick a obtenu des tracés comparatifs qui montrent que, pour chaque révolution cardiaque, le sommet de la courbe atteint la même hauteur dans le ventricule et dans l'aorte, mais que la courbe aortique présente un abaissement beaucoup moindre. Fick remarque en outre que, même à partir de leur point de jonction, les deux lignes d'ascension présentent, contrairement aux observations de Marey, une différence constante. L'ascension de la courbe aortique est toujours plus lente que celle de la courbe cardiaque, ce qui paraît à l'auteur d'autant plus étrange qu'il y a précisément pour ces parties le plus grand rapport entre la courbe ventriculaire et celle de la carotide. Un fait d'observation plus paradoxal encore est le suivant : lorsque le cœur bat très-vite et qu'on mesure successivement, comme précédemment, la pression du sang dans le ventricule et dans l'aorte, on constate que la courbe ventriculaire s'élève beaucoup moins haut que celle de l'aorte. Dans un cas, avec 144 battements à la minute, la tension du sang dans l'aorte variant de 104 à 128^{mm} de mercure, la pression ventriculaire n'a jamais dépassé 80^{mm}. Croyant d'abord que le contact du tube pouvait peut-être produire un affaiblissement momentané de la contraction cardiaque, Fick répéta l'expérience en mettant un second manomètre en rapport avec l'artère crurale ; mais la courbe de ce

dernier était identique, que le tube du premier fût dans le cœur ou dans l'aorte, et elle correspondait toujours à une pression de beaucoup supérieure à celle du ventricule. D'autres expériences prouvèrent que ce fait n'était pas dû à un défaut de construction du manomètre que l'auteur soupçonnait de ne pouvoir enregistrer des variations de pression aussi rapides. Fick pense que, si de nouvelles expériences ne prouvent pas qu'il s'agit là d'un phénomène artificiel dû à l'expérimentation, et s'il faut admettre qu'en réalité la tension du sang dans le ventricule reste, dans ces conditions, toujours inférieure à la tension aortique, on pourrait expliquer ce phénomène en admettant que la vitesse imprimée au sang suffit pour vaincre la résistance des valvules aortiques, et que la contraction ventriculaire fait pénétrer le sang dans l'aorte en l'y précipitant pour ainsi dire au lieu de l'y introduire en le comprimant.

TH. EXCHAQUET.

Ueber die Absonderung der Lymphe im Arme des Hundes (De la sécrétion de la lymphe dans le membre antérieur du chien), par le Dr PASCHUTIN. (*Arbeiten aus der phys. Anstalt zu Leipzig*, 1873, *p.* 197-258, *avec* 1 *planche.*)

Ce travail a été exécuté à l'instigation et sous la direction de Ludwig. Jusqu'ici les expériences relatives à la production de la lymphe avaient été surtout pratiquées sur le canal thoracique ou sur les troncs lymphatiques du cou; mais ces troncs reçoivent une lymphe de provenance trop complexe (peau, muscles, glandes, muqueuses, viscères) pour qu'on puisse tirer des conclusions bien exactes de ces recherches. Tomsa, pour se mettre à l'abri de cet inconvénient, a expérimenté sur le lymphatique efférent du testicule; mais la quantité de lymphe ainsi recueillie est trop faible et la structure de la glande séminale trop spéciale pour donner des résultats concluants. Le choix du tronc lymphatique brachial met à l'abri de ces inconvénients : la lymphe qu'il charrie provient exclusivement de la peau et des muscles de l'extrémité supérieure; les nerfs et les vaisseaux qui se rendent au membre sont facilement accessibles, et l'on peut ainsi étudier leur influence sur la pression de la lymphe. On trouvera, dans le mémoire original, l'exposé complet du manuel opératoire qui permet de mettre à nu ce tronc chez le chien, et une planche exécutée avec soin reproduit la disposition anatomique des parties.

Le meilleur moyen pour obtenir l'écoulement de la lymphe consiste à provoquer des mouvements actifs ou passifs du membre; les mouvements passifs sont préférables, car ils déterminent un écoulement plus régulier et plus constant. A l'aide d'un jeu de poulie,

dont on trouve également le dessin dans le mémoire, Paschutin imprimait des mouvements rhythmiques d'élévation et d'abaissement au membre antérieur du chien en expérience. La pression artérielle était toujours mesurée dans la carotide.

I.—*Vitesse moyenne d'écoulement de la lymphe.*—Toutes choses égales d'ailleurs, cette vitesse diminue en raison directe de la durée de l'expérience. La lymphe recueillie pendant les différentes périodes de l'expérience est bien sécrétée pendant ces périodes mêmes, et ne provient pas d'un réservoir où elle se serait accumulée ; en effet, comme nous le verrons plus loin, ce n'est pas seulement sa quantité, mais aussi sa composition chimique qui varie à chaque instant de l'expérience. La lymphe qui s'écoule pendant les mouvements passifs imprimés au membre est sécrétée pendant ces mouvements et sous leur influence ; en effet, la quantité de liquide lymphatique qui s'écoule par la canule à l'état de repos du membre est nulle ou insignifiante.

II.—*Action du curare.*—Le curare active la sécrétion de la lymphe Cette action est spécifique et ne tient pas à la suppression des mouvements volontaires ; Paschutin s'en est assuré en déterminant la quantité de lymphe qui s'écoule du membre antérieur d'un chien dont la moelle épinière et le plexus brachial ont été préalablement sectionnés, membre parfaitement inerte par conséquent, et celle qui s'en écoule après l'empoisonnement par le curare. Cette dernière quantité est notablement augmentée, ce qui se traduit par une accélération dans la vitesse de l'écoulement.

III.—*Influence de la pression artérielle sur la production de la lymphe.* — Chose remarquable et inattendue, la production de la lymphe est entièrement indépendante des variations de la pression vasculaire. La vitesse moyenne d'écoulement diminue, au contraire, après la section du plexus brachial, malgré la paralysie vaso-motrice évidente que cette section entraîne après elle (rougeur, élévation de la température du membre, etc.). En excitant le bulbe, préalablement sectionné, à l'aide de courants induits, on peut tripler et quadrupler la tension artérielle générale ainsi que celle du membre en expérience ; la vitesse moyenne d'écoulement de la lymphe diminue pendant l'expérience au lieu d'augmenter. Ces résultats sont dignes d'attention ; ainsi que le fait remarquer l'auteur, ils sont diamétralement opposés aux idées généralement reçues, d'après lesquelles la filtration et la circulation de la lymphe seraient sous la dépendance directe de la pression artérielle ou capillaire. Ils s'accordent mal aussi avec les expériences de Tomsa sur les lymphatiques du testicule (augmentation d'écoulement à la suite de la ligature du plexus pampiniforme), celles de Giannuzzi sur la glande sous-maxillaire et, enfin, avec les récentes recherches de Ranvier sur la pathogénie de l'œdème.

IV.— *Influence de l'élévation de la température du corps sur la*

production de la lymphe. — Si l'on soumet à une élévation de température (40° à 45°) un animal ayant la moelle épinière sectionnée (au-dessous du bulbe), cette élévation n'agit point sur la sécrétion de la lymphe. Si, au contraire, l'axe cérébro-spinal est intact, l'élévation de la température accélère l'écoulement et la sécrétion de la lymphe.

V. — *Richesse de la lymphe en substances fixes.* — Ces déterminations s'adressaient surtout à l'albumine. D'une façon générale : la lymphe contient de 2,61 à 6,55 % d'albumine (chez le chien).

Si l'on dose la quantité d'albumine que contiennent diverses portions de la lymphe secrétée pendant une expérience, on s'assure que la concentration de cette dernière va en augmentant avec la durée de l'expérience. La concentration du liquide est donc en raison inverse de sa quantité et de la vitesse d'écoulement.

Si, dans le cours d'une expérience, alors que la vitesse moyenne d'écoulement va en décroissant, on vient à l'accélérer tout à coup par un moyen ou par un autre, sa richesse en albumine diminue dans la proportion même de l'accélération du débit, ou, ce qui revient au même, de l'augmentation de la sécrétion. La richesse de la lymphe en albumine est donc en raison inverse de la quantité sécrétée. Cette loi ne comporte qu'une exception : le curare, nous l'avons vu, active la sécrétion de la lymphe ; cette lymphe est en même temps plus riche en albumine.

On sait que la lymphe renferme toujours des globules rouges du sang ; si les conditions qui président à la filtration de l'albumine des vaisseaux vers les radicules lymphatiques et au passage des globules rouges dans la même direction étaient identiques, la lymphe la plus riche en albumine serait aussi la plus riche en globules rouges. Il n'en est rien ; ainsi, la lymphe recueillie dans l'empoisonnement par le curare contient beaucoup d'albumine et point de globules rouges. Les conditions de filtration sont donc différentes pour l'albumine et pour les hématies.

On voit que ces recherches, qui paraissent consciencieusement instituées, aboutissent à des données intéressantes et quelques-unes presque paradoxales. Si les résultats obtenus par Paschutin se confirment, il faudra renoncer désormais à considérer la production de la lymphe comme un simple phénomène de filtration, variant avec le degré de pression qui règne à l'intérieur et à l'extérieur des vaisseaux sanguins. STRAUS.

Zur Physiologie der Thränensecretion (Sur la physiologie de la sécrétion des larmes), par le Dr Michail REICH, de Saint-Pétersbourg. (*Archiv für Ophthal., t. XIX,* 3e *partie, p.* 38.)

Les docteurs Herzenstein (*Beitræge zur Physiologie und Therapie der Thrænenorgane*, Berlin, 1868), Demtschenka (*Zur Physiologie der Thrænensecretion und Thrænenleitung*, Pétersbourg, 1871) et Wolferz ont démontré d'une façon décisive que la sécrétion des larmes est placée sous la dépendance du nerf lacrymal, et en partie aussi du nerf malaire sous-cutané. Ces deux derniers physiologistes admettent, en outre, que le sympathique exerce une certaine influence sur la production des larmes. Demtschenka affirme même que la quantité de larmes obtenues par l'irritation du sympathique est toujours plus considérable que celle produite par l'irritation du nerf lacrymal. Pour ces différents auteurs, les fibres de sécrétion contenus dans le rameau lacrymal viendraient du nerf trijumeau, mais comme ils ont négligé dans leurs expériences de faire porter l'irritation sur le bout périphérique du trijumeau sectionné dans l'intérieur du crâne, le Dr Michail a jugé à propos de reprendre ces expériences en les modifiant. Voici la façon dont il a procédé et les résultats qu'il a obtenus : Lorsque l'on expérimente sur un animal qui a subi de grands traumatismes : ouverture de la boîte crânienne, ablation de l'encéphale ayant amené une perte considérable de sang, l'irritation du bout périphérique du trijumeau ne produit aucune augmentation de sécrétion des larmes. On pourrait attribuer ce résultat au manque de circulation dans la glande lacrymale.

Pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, le Dr Michail opère ainsi :

Une canule est introduite dans la trachée, le tronc anonyme du côté droit est lié ainsi que l'artère vertébrale du côté gauche, le crâne est ouvert et l'encéphale est enlevé, la carotide gauche étant comprimée tout le temps que dure cette manœuvre. On entretient ensuite la respiration artificielle, le cœur continue à battre, et la circulation s'effectue à travers la glande.

11 expériences furent faites dans ces conditions ; dans 10, il n'y eût aucune augmentation de sécrétion, une seule fois l'œil se mouilla légèrement. L'irritation porta chaque fois exclusivement sur le bout périphérique du trijumeau sectionné. Ceci prouve évidemment que l'irritation du bout périphérique du trijumeau chez le lapin n'augmente nullement la sécrétion des larmes.

On pourraît croire que le lapin est un animal peu propice à ces expériences, car chez lui l'irritation directe de la conjonctive par le tabac, l'ammoniaque, etc., entraîne peu de réaction, mais il n'en

est plus de même quand on emploie un autre moyen. En introduisant dans une des fosses nasales un morceau de papier imbibé d'huile essentielle de moutarde, on provoque une sécrétion profuse très-abondante, sécrétion qui se produit des deux côtés. Il est facile de se convaincre que l'hypersécrétion des larmes qui survient du côté opposé à celui qu'on irrite est bien due aussi à une action réflexe, et non à l'action directe produite par l'huile essentielle évaporée, car en mettant l'œil de ce côté à l'abri, après avoir au préalable bouché la narine correspondante, le même phénomène a toujours lieu.

Si l'on expérimente chez les lapins, après avoir pris les précautions indiquées ci-dessus, on peut constater que l'hypersécrétion des larmes qu'on provoque si facilement par l'irritation de la muqueuse nasale au moyen de l'huile essentielle de moutarde, a lieu constamment des deux côtés d'une façon à peu près égale, qu'un seul ou que les deux trijumeaux soient coupés, ou enfin qu'ils soient intacts. Ceci prouve que le nerf lacrymal emprunte ses propriétés physiologiques à des filets nerveux autres que ceux de la cinquième paire, résultat qui n'a rien de surprenant, puisque les nerfs sécréteurs connus de l'économie, de même que les nerfs moteurs, reçoivent une impulsion centrifuge. Il faut donc chercher ailleurs les filets nerveux servant à la production des larmes.

En sectionnant le grand sympathique au cou et en excitant le bout central, Michail a constaté, ainsi que l'avaient déjà fait Demtschenka et Wolferz, une hypersécrétion des larmes. Ce résultat néanmoins n'a pas été constant dans toutes les expériences. Si l'on enlève le ganglion cervical supérieur, l'hypersécrétion persiste; le trijumeau du même côté est-il coupé en même temps, elle persiste encore.

L'on est forcé de conclure d'après ces recherches que les filets nerveux centrifuges qui servent à l'innervation de la glande lacrymale sont situés au-dessus du ganglion cervical supérieur, et peut-être dans la moelle allongée où siégent déjà les fibres d'origine du sympathique qui président à la sécrétion salivaire.

L'irritation des autres nerfs tel que la quatrième paire, qui s'anastomose dans le crâne avec le trijumeau, n'a donné aucun résultat.

La relation fonctionnelle qui existe entre la production des larmes et la contraction de certains muscles de la face dans les pleurs, les rires, eté., a conduit l'auteur de ce travail à étudier aussi l'action du facial, et il a constaté qu'après la section de ce nerf la sécrétion réflexe reste toujours la même. CH. ABADIE.

Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Atropin und Physostigmin auf Pupille und Herz (Recherches sur les effets physiologiques de l'atropine et de l'ésérine sur la pupille et le cœur), par M. J. ROSSBACH et FRÖHLICH. (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, vol. V* 1873, *p.* 1.)

Les intéressantes recherches de ces observateurs, destinées primitivement à étudier l'antagonisme des alcaloïdes en question, leur ont fait constater des faits nouveaux qui expliquent en partie les résultats si contradictoires des nombreuses expériences faites jusqu'ici sur ces substances. MM. Fröhlich et Rossbach ont étudié d'abord séparément l'action de ces alcaloïdes sur la pupille et le cœur, puis les effets de l'emploi combiné de ces deux substances. Les expériences sur la pupille ont été faites par instillation directe dans l'œil des solutions médicamenteuses ; leur action cardiaque a été étudiée au moyen d'injections veineuses ou sous-cutanées.

I. — *Action de l'atropine et de l'ésérine sur la pupille.*

1° L'atropine, à doses infinitésimales ($0^{gr},000,003$ à 0,000,006), provoque le rétrécissement de la pupille en excitant les terminaisons du nerf moteur occulaire commun. A doses moyennes (1/2 milligr.) elle provoque une dilatation pupillaire ; la dilatation est ou non précédée, suivant les doses, de rétrécissement passager. La dilatation doit être expliquée par la paralysie des terminaisons du moteur oculaire, l'excitation de ce nerf ne modifie plus le diamètre pupillaire, tandis que l'excitation du grand sympathique cervical l'agrandit encore. A hautes doses ou par une action prolongée l'atropine produit une dilatation plus considérable encore en excitant les rameaux sympathiques et les fibres musculaires du dilatateur; mais à doses très-élevées elle paralyse aussi les derniers, et le diamètre pupillaire diminue.

2° L'ésérine, à faible dose (quelques milligr.), rétrécit la pupille; à très-hautes doses elle fait, au contraire, dilater la pupille en paralysant le nerf mot. oc. commun.

Ces deux alcaloïdes agissent donc sur la pupille de la même façon, mais à doses très-différentes ; les doses d'atropine assez élevées pour produire immédiatement la dilatation sont encore inférieures aux plus faibles doses d'ésérine susceptibles de faire contracter la pupille. Un fait curieux qui ressort des expériences des auteurs, c'est que, sur la pupille des grenouilles, les mêmes substances produisent des effets contraires à ceux qu'on observe sur le lapin ; l'atropine (de 1/2 à 1 milligr.) provoque constamment la contraction de la pupille tandis que l'ésérine (2 à 8 milligr.) la dilate toujours.

3° Lorsqu'on instille de l'atropine dans un œil dont la pupille a été primitivement rétrécie par l'ésérine, la pupille se dilate comme si l'atropine avait été seule employée. Au contraire l'ésérine n'a aucune action sur la dilatation produite par l'emploi de l'atropine.

II. — *Action sur le cœur.*

1° *Atropine.* — On admet assez généralement que l'atropine produit constamment l'accélération des mouvements du cœur en paralysant ses nerfs d'arrêt. Les expériences de R. et Fr. leur ont, au contraire, souvent montré du ralentissement ; du reste, l'action de l'alcaloïde est très-variable suivant la susceptibilité individuelle de l'animal observé, et les auteurs ont partagé d'après cela leurs expériences en plusieurs séries ; les mêmes doses d'atropine agissent sur les grenouilles de différentes façons. Sur une première série de sujets, de petites doses d'atropine (un milligr. et au-dessous) produisent d'abord presque immédiatement un arrêt diastolique du cœur plus ou moins prolongé, et suivi de ralentissement du cœur; les mêmes symptômes n'étaient pas modifiés par la section préalable du pneumogastrique; plus tard les battements du cœur reprennent la fréquence normale ou sont même accélérés. L'énergie des battements est augmentée même à la période de ralentissement. A doses très-faibles, le ralentissement produit est très-passager, mais en répétant la dose, il se montre de nouveau après chaque injection. Il y a pour les auteurs excitation simultanée des centres modérateurs et du système musculo-moteur. De fortes doses amènent la mort par arrêt du cœur en diastole.

Sur d'autres grenouilles l'atropine ne produisait pas le ralentissement du pouls, qui est regardé par les auteurs comme dû à l'irritation du système modérateur du cœur ; les plus faibles doses amenaient la diminution progressive de l'excitabilité du centre modérateur intra-cardiaque et du système musculo-moteur.

Enfin sur une troisième série, la fréquence du pouls restant la même, le système modérateur était rapidement paralysé en ce sens que l'excitation du pneumogastrique et des sinus veineux ne provoquait plus de suspensions dans les contractions cardiaques. Sur les lapins, les effets de l'atropine sont très-analogues ; d'abord ralentissement du pouls et accroissement d'excitabilité des pneumogastriques, puis retour à la fréquence normale et en dernier lieu paralysie des pneumogastriques.

2° *Esérine.* — L'ésérine employée par les auteurs agissait comme un violent poison tétanique ; elle avait sur le cœur l'action suivante : chez certaines grenouilles, à la dose de 1/2 à 8 milligr., elle n'avait pas d'action marquée sur cet organe. Au contraire, sur d'autres grenouilles, on avait à 1/2 milligr. ralentissement, à 1 milligr. suspension plus ou moins prolongée de l'action du cœur.

L'énergie et la durée de la systole cardiaque étaient également accrues.

De fortes doses amenaient la mort par paralysie du cœur. Sur les lapins, les effets de l'ésérine étaient encore analogues.

3° *Action combinée des deux alcaloïdes.* — Les conclusions des auteurs sur l'antagonisme de ces deux substances dans leur action cardiaque sont les suivantes : l'atropine, employée à la dose qui paralyse les centres modérateurs cardiaques annule une partie des effets de l'ésérine employée à dose excitante. L'ésérine n'a au contraire aucune action sur les effets de l'atropine; la mort est même produite plus rapidement lorsqu'après une dose toxique d'atropine on fait une injection d'ésérine.

Enfin l'atropine ne détruit pas l'action de l'ésérine sur la moelle, comme Fraser et Schiff avaient cru le voir. En donnant l'ésérine à hautes doses, MM. Rossbach et Fröhlich ont toujours vu la mort survenir, malgré l'emploi de l'atropine, avec les symptômes de l'ésérisme : convulsions tétaniques, puis paralysie du cœur.

En résumé ce travail prouve que, comme la plupart des autres alcaloïdes, l'atropine et l'ésérine exercent à faible dose une action irritante sur les parties qu'elles paralysent à hautes doses. Ces expériences ont de plus le mérite de montrer pour ces substances, comme on l'a fait déjà pour bien d'autres poisons regardés autrefois comme antagonistes, que cet antagonisme n'est pas absolu ni réciproque, et que, si l'action paralysante de l'une d'elles est susceptible d'annuler l'effet de l'action excitante de l'autre, l'agent excitant ne peut jamais annuler l'action paralysante de son antagoniste.

TH. EXCHAQUET.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber die Krappfüterung (Effets de l'ingestion de la garance), par le docteur STRELZOFF. (*Centralbl.*, 1873, *n°* 47, *p.* 737-741.)

Il s'agit d'expériences faites au laboratoire de Frey, à Zurich, et qui tendent à établir que l'imprégnation des os par la garance constitue un procédé infidèle pour l'étude de l'ossification. En voici les résultats principaux : Si l'on administre de la garance à des pigeons âgés de 8 à 15 jours, les os prennent une coloration rosée 17 heures après la première ingestion ; au bout de 40 heures, la coloration devient écarlate. Au bout de quelques jours, la teinte atteint son maximum d'intensité, qu'elle ne dépasse plus, même si l'usage de la garance se prolonge au delà de trois mois.

A l'œil nu, toute la masse osseuse paraît uniformément teinte en rouge; la matière colorante n'est pas fixée sur les sels calcaires, mais bien sur la substance fondamentale de l'os, car la teinte persiste lorsqu'à l'aide d'un acide on dépouille l'os de ses sels. Si l'on suspend l'ingestion de la garance pendant deux mois environ, la coloration persiste avec la même intensité, mais la répartition de la substance colorante cesse d'être uniforme, les parties moyennes de l'os étant les plus fortement colorées.

A l'examen microscopique, pratiqué sur des lamelles osseuses provenant de pigeons soumis d'une façon continue à l'alimentation par la garance, on s'assure que la coloration n'est pas uniforme, mais qu'il existe deux teintes, l'une *diffuse,* l'autre *stratifiée.* La coloration diffuse est assez faible ; la coloration stratifiée est au contraire plus intense et donne naissance à des dessins divers.

Étudiées sur des coupes transversales de l'os, ces stries entourent les canalicules de Havers en formant un anneau concentrique un peu éloigné des parois du canalicule. En examinant cet anneau à un fort grossissement (lentille à immersion 11 de Hartnack), on constate qu'il est formé par un système canaliculé muni de prolongements nombreux qui se mettent en connexion avec les cellules osseuses ; l'auteur compare l'aspect que présente l'anneau à celui d'une couronne de ronces. Outre ces canalicules disposés circulairement autour des canaux de Havers, on en voit d'autres également imprégnés de matière colorante, qui cheminent parallèlement aux surfaces osseuses et sont surtout nombreux dans le voisinage du canal médullaire. L'auteur les considère, ainsi que les précédents, comme des canaux du suc (*Saftcanæle*). Quant à la coloration diffuse, elle est toujours plus prononcée dans le voisinage de ces conduits, surtout dans le point où ils communiquent avec les corpuscules osseux.

Il n'existe pas, comme on le croit généralement, de lignes de démarcation nette entre la coloration des parties osseuses formées pendant que l'animal ingère de la garance et celles des parties formées auparavant.

Si l'on suspend l'alimentation par la garance pendant deux semaines, le microscope ne permet pas de constater la moindre différence d'avec les os d'animaux que l'on continue de soumettre à cette alimentation ; au bout de deux mois de suspension seulement, la coloration diffuse s'affaiblit, la coloration stratifiée continuant au contraire à persister.

L'os qui se forme pendant que la garance cesse d'être administrée est néanmoins coloré ; il en faut conclure que la matière colorante réside longtemps dans l'organisme, qu'elle est constamment résorbée par le système vasculaire et déposée dans les canalicules du suc de l'os de nouvelle formation.

Ces canalicules du suc ne se creusent pas dans la substance de l'os complétement formé ; ils se développent en même temps que la substance osseuse elle-même.

Si l'on examine des lamelles osseuses à un faible grossissement, les canalicules en question apparaissent sous forme de stries foncées, concentriques, alternant avec des zones plus claires ; c'est ce que les histologistes attribuaient à une disposition lamellaire ou stratifiée de la substance osseuse.

Si l'on injecte dans les veines de jeunes pigeons une solution carminée d'indigo, les os seront colorés au bout d'une demi-heure, et présenteront les

mêmes stries foncées sur un fond uniforme plus pâle que l'on obtient par l'alimentation avec la garance continuée pendant deux semaines ; seulement la teinte sera bleue au lieu d'être rouge.

De tous ces faits, l'auteur conclut qu'il existe dans l'épaisseur de la substance osseuse un système de canaux du suc en connexion avec les prolongements des corpuscules osseux et constituant une sorte d'appareil lymphatique. C'est dans la direction de ces canaux que s'effectue la coloration par la garance. Celle-ci occupe non-seulement les couches osseuses développées pendant l'alimentation avec la garance, mais elle envahit également les couches plus anciennes. Il n'y a que les oiseaux très-âgés dont les os ne se colorent pas ou très-peu, ce qui tient sans doute à une particularité dans la composition chimique de la substance fondamentale osseuse. STRAUS.

Ueber Bogengänge des Labyrinths (Sur les canaux semi-circulaires du labyrinthe), par le Dr J. BREUER. (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1873, *p.* 598.)

L'auteur admet, avec Goltz (*Arch. für Phys.*, 1870) que les canaux semi-circulaires exercent une influence sur l'équilibre de la tête, et, par suite du corps. Pour démontrer ce fait, il s'appuie sur les déplacements de liquide qui se produisent dans ces canaux pendant les mouvements de la tête et qui seraient perçus, d'après lui, par les branches terminales du nerf auditif. Par suite, ces déplacements de liquide, produits par toute autre cause, éveilleraient l'idée d'un mouvement de la tête suivant une direction opposée et dans une étendue proportionnelle à la quantité de liquide déplacée. Le même fait expliquerait les vertiges et les mouvements de manége auxquels donne lieu la section des canaux membraneux. Il en sort, dans ce cas, une certaine quantité de liquide, ou bien il y pénètre une certaine quantité de sang ; l'animal reçoit la même impression que s'il avait perdu l'équilibre dans un sens ou dans l'autre, et alors il réagit en faisant des mouvements dans le sens contraire. L'électrisation de l'un des canaux a donné des résultats analogues. Il résulte de cette théorie que l'on peut prévoir à peu près les mouvements rotatoires qui vont suivre la section d'un canal semi-circulaire suivant la direction de la section et suivant la direction de la tête dans le moment où l'opération est faite. KLEIN.

Ueber die Function der halbcirkeförmigen Canäle (Du rôle des canaux semi-circulaires), par E. CYON. (*Pflüger's Archiv, Bd VIII*, 1873, *p.* 306-327.)

Les troubles de la motilité, consécutifs aux lésions des canaux semi-circulaires, signalés pour la première fois par Flourens, ont été étudiés récemment par Goltz et par Löwenberg. Goltz les ramène tous à la perte du sentiment de l'équilibre. D'après lui, les canaux semi-circulaires sont le point de départ de certaines impressions inconscientes continues qui donnent à l'animal la notion exacte de la position occupée par sa tête et partant par son corps tout entier. Ces impressions permettent l'équi-

libre; dès qu'elles sont altérées ou supprimées, la sensation d'équilibre disparaît et l'incoordination des mouvements éclate. D'après Löwenberg, au contraire, tous les troubles de la motilité sont de simples effets réflexes provoqués par la lésion des nerfs des canaux semi-circulaires.

Sans se prononcer tout d'abord pour l'une ou l'autre de ces interprétations, Cyon rappelle les expériences de Longet qui, dans ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien, constata que le fait de la section des muscles de la nuque et les déviations de la tête qu'elle entraîne après elle déterminent des troubles et une incoordination marquée dans la démarche. Cyon répéta ces expériences et arriva à des résultats identiques. Ces faits prouvent que des modifications de l'attitude normale de la tête suffisent pour déterminer des désordres de la motilité. En fixant d'une façon durable, à l'aide d'une suture, la tête de pigeons dans la position qu'elle affecte après la lésion des canaux semi-circulaires (le bec élevé et l'occiput fortement abaissé), l'auteur voyait survenir des défauts d'équilibration et des mouvements de manége tout à fait comparables à ceux qu'on observe à la suite des lésions de l'oreille interne. Tous ces troubles se dissipent dès qu'on permet à la tête de reprendre sa position habituelle. Il y a longtemps du reste que Helmholtz a montré que chez l'homme aussi, il suffit de certaines positions prises par la tête pour déterminer différentes illusions optiques et nous tromper sur les dimensions des objets et leur éloignement.

Ce premier point établi, Cyon passe au détail de ses expériences. On trouvera dans le texte original les précautions nécessaires pour éviter les hémorrhagies et ne léser que les organes que l'on cherche à détruire. Il faut surtout éviter de blesser le cervelet ; comme l'avait déjà noté Löwenberg, on en est averti par l'apparition de vomissements, qui font entièrement défaut quand le traumatisme se limite à l'oreille interne.

Les expériences de Cyon ont consisté dans la section unilatérale et bilatérale du canal semi-circulaire horizontal et du plus petit des canaux verticaux. Quant au grand canal semi-circulaire vertical, on ne peut l'atteindre sans occasionner des délabrements qui faussent les résultats. Les expériences étaient pratiquées sur des pigeons.

La destruction du canal semi-circulaire horizontal d'un seul côté ne détermine que quelques mouvements de va-et-vient (pendulaires, comme dit l'auteur) de la tête autour d'un axe vertical. Ces mouvements cessent bientôt pour ne plus réapparaître.

Si au contraire, on sectionne le même canal de l'autre oreille, on voit se reproduire ce mouvement pendulaire de la tête, mais bien plus énergique et plus durable. Le mouvement va en s'activant de plus en plus jusqu'à ce que l'animal perde l'équilibre, tombe et exécute des mouvements de manége. Pour calmer ce désordre, il suffit de maintenir immobile la tête de l'oiseau. Le vol est devenu impossible ; les premiers jours il faut nourrir l'animal à l'aide de la sonde.

Au 3e ou 4e jour la scène change. Dans certains cas exceptionnels, les phénomènes s'amendent, le mouvement pendulaire de la tête seul subsiste, sans mouvements convulsifs généraux. Le pigeon se remet à manger et à voler, quoique maladroitement ; mais ces cas ne s'observent que quand les canaux semi-circulaires horizontaux ont été uniquement et très-exactement atteints par la lésion.

Le plus souvent, vers le 4e jour, l'animal reste immobile, dans l'atti-

tude habituelle aux lésions de l'oreille interne, le bec dirigé en haut, l'occiput vers le bas. Si on le dérange, les mouvements pendulaires suivis de mouvements de manége éclatent aussitôt, pour ne se calmer que quand l'animal a repris son attitude première. Il meurt généralement vers le 20e jour, et à l'autopsie on trouve un ramollissement plus ou moins étendu du cervelet.

La destruction du petit canal semi-circulaire vertical fait assister à un tableau analogue. Pour amener des troubles durables, il faut également que la lésion soit bilatérale. Seulement, les troubles de la motilité sont différents. A la suite de la section des canaux horizontaux, la tête oscille de droite à gauche et de gauche à droite dans un plan horizontal ; ici, au contraire, ce mouvement pendulaire s'exécute alternativement de haut en bas et de bas en haut, c'est-à-dire dans un plan vertical. L'axe du mouvement change donc avec la direction de l'axe des canaux lésés. Les mouvements du tronc consistent en une culbute s'effectuant le plus souvent d'avant en arrière, à ce point que le corps entier semble vouloir pivoter autour de la queue comme axe. Ces mouvements s'arrêtent également si l'on maintient la tête fixée.

L'auteur, comme nous l'avons dit, n'a pu pratiquer la destruction du grand canal semi-circulaire vertical.

Si l'on détruit à la fois le canal semi-circulaire horizontal et le plus petit des canaux verticaux des deux côtés, les troubles de la motilité changent encore. La tête est animée d'un mouvement en vrille, « comme si, dit l'auteur, l'animal voulait perforer le sol de son bec » ; les mouvements du tronc consistent dans un mélange de mouvement de manége et de translation de tout le corps autour de la queue ou de la tête comme axe. La mort a lieu fatalement dans les 8 premiers jours, et toujours le cervelet est ramolli et en suppuration.

D'une façon générale, Cyon divise les désordres déterminés par les lésions des canaux semi-circulaires en 3 groupes : le premier consiste uniquement en un défaut d'équilibre, se traduisant par l'hésitation de la marche, le besoin d'un point d'appui, etc. Le deuxième groupe comprend les mouvements convulsifs (pendulaire, en vrille, roulement, mouvement de manége, etc.) ; enfin le troisième groupe comprend les attitudes que l'on observe chez l'animal 3 ou 4 jours après l'opération (abaissement de l'occiput, élévation du bec, etc.).

Les troubles du 1er et du 2e groupe s'expliquent tout naturellement, d'après l'auteur, si l'on admet que le rôle des canaux semi-circulaires est en connexion exacte avec les notions d'espace. Il y a longtemps que les physiologistes ont remarqué que la direction des 3 canaux semi-circulaires correspond aux 3 dimensions de l'espace. Or, les expériences mentionnées ci-dessus montrent qu'à la suite de la destruction du conduit semi-circulaire horizontal de chaque côté, la tête exécute des mouvements de va-et-vient autour d'un axe *vertical*, c'est-à-dire parallèle à l'axe des conduits restés intacts ; les mouvements du tronc ont la même direction. L'inverse a lieu à la suite de la destruction du plus petit des canaux verticaux ; l'axe des mouvements devient horizontal, c'est-à-dire encore parallèle au canal horizontal demeuré intact. Enfin, si on détruit à la fois les conduits horizontaux et les petits conduits verticaux, les mouvements affectent une direction parallèle à celle du grand canal semi-circulaire vertical, le seul épargné.

Le rôle des canaux consiste donc à donner à l'animal la notion précise de la place qu'occupe sa tête dans l'espace. Cette notion, l'animal l'acquérerait par suite d'une série d'impressions acoustiques inconscientes émanant des canaux semi-circulaires. Chaque canal correspondrait à une des dimensions de l'espace. Les mouvements convulsifs consécutifs à la lésion des canaux seraient le résultat d'un véritale *vertige auditif*. Quant aux attitudes forcées que l'on observe vers le 4e jour, elles tiendraient uniquement à la lésion et à la suppuration du cervelet. STRAUS.

Expériences relatives à la physiologie des nerfs vaso-dilatateurs, par A. VULPIAN.
(*Archives de Physiologie*, 1874, nº 1.)

A) Les nerfs vaso-dilatateurs ne sont pas de vrais antagonistes des vaso-constricteurs, sans quoi leur paralysie amènerait une dilatation des vaisseaux auxquels ils se distribuent. Or, si l'on coupe dans la caisse tympanique d'un côté, sur un chien, la corde du tympan, il ne se produit aucun changement ni dans le calibre des vaisseaux de la moitié correspondante de la langue, ni dans la teinte de la membrane muqueuse linguale de ce côté.

B) La corde du tympan étant coupée depuis dix ou quinze jours, son excitation électrique ne produit aucun effet. Cependant l'excitation de la membrane muqueuse de la langue de ce côté par la faradisation ou par des liquides irritants produit autant d'effet de ce côté que du côté opposé, où la corde du tympan est intacte. On doit conclure de là, ou bien qu'il y a des fibres vaso-dilatatrices qui viennent du centre cérébro-spinal par une autre voie que la corde du tympan, ou bien que les actions vaso-dilatatrices réflexes se font par l'intermédiaire des ganglions nerveux situés sur le trajet des nerfs vasculaires, les fibres vaso-dilatatrices émanées de la corde du tympan ne s'étant pas altérées au delà de ces ganglions.

C) M. Vulpian a tenté de provoquer un travail d'atrophie dans toutes les fibres vaso-constrictives d'une moitié latérale de la langue. Il se proposait alors d'exciter les fibres vaso-dilatatrices, et l'influence de cette excitation aurait été nulle si, comme on l'a pensé, les fibres vaso-dilatatrices n'agissaient qu'en paralysant les vaso-constrictives. L'expérience n'a donné aucun résultat. En enlevant le sympathique cervical avec le ganglion cervical supérieur d'un côté, on ne détermine l'atrophie des nerfs sympathiques destinés à la langue que jusqu'au niveau du ganglion ou des ganglions sous-maxillaires, et alors l'excitation de la corde du tympan donne le même résultat du côté opéré et du côté sain. On ne peut déduire de là aucune conséquence.

D) Après l'ablation des ganglions cervicaux supérieurs, on ne trouve pas de fibres dégénérées dans la corde du tympan. C'est sans doute parce que l'altération s'est arrêtée au point de jonction des fibres sympathiques avec des cellules nerveuses; probablement avec celles du ganglion géniculé. A. JOFFROY.

Expériences pour rechercher si tous les nerfs vasculaires ont leur foyer d'origine, leur centre vaso-moteur, dans le bulbe rachidien, par M. A. VULPIAN. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 16 *févr.* 1874.)

M. Vulpian s'élève contre une opinion assez généralement répandue, surtout parmi les physiologistes allemands, et d'après laquelle les vaso-moteurs auraient leur véritable foyer d'origine dans le bulbe rachidien. Il montre par de nombreuses expériences : 1° qu'après la section de la moelle à la région cervicale supérieure, les vaisseaux conservent encore un certain degré de contraction tonique, et que ce tonus n'est aboli complétement que lorsque les nerfs vaso-moteurs sont séparés de leurs centres d'origine intra-médullaire par des lésions portant sur leur trajet dans la moelle épinière ; 2° qu'après la section de la moelle cervicale, les actions réflexes vaso-motrices sont encore possibles (actions réflexes *vaso-constrictives* ou *vaso-dilatatrices*).

Il fait ressortir la valeur des arguments que l'observation clinique apporte à la théorie des centres médullaires vaso-moteurs. Dans toutes les lésions des centres, qui exaltent la réflectivité de la moelle épinière, on voit que les congestions réflexes se produisent plus rapidement et durent plus longtemps que dans les conditions normales. C'est ainsi que, chez les hémiplégiques, on provoque l'apparition de ces rougeurs réflexes par le frottement d'une pointe mousse sur la peau, plus facilement et d'une façon plus durable sur les membres paralysés que sur les membres sains. Les vaso-moteurs ont donc, comme les nerfs musculo-moteurs de la vie animale, des centres spéciaux d'origine et d'action réflexe, échelonnés dans la substance grise de la moelle épinière, de telle sorte que chacun de ces centres peut agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles il donne naissance. M. DUVAL.

Note relative à l'influence de l'extirpation du ganglion cervical supérieur sur les mouvements de l'iris, par A. VULPIAN. (*Archives de Physiologie,* 1874, n° 1.)

Ayant enlevé, sur des chiens, du côté gauche, le ganglion cervical du grand sympathique et la partie supérieure du cordon cervical, M. Vulpian curarisa ces animaux au bout de quinze jours et les soumit à la respiration artificielle. Il excita ensuite la peau des cuisses et de l'abdomen avec de forts courants induits. Du côté droit se produisit la dilatation considérable habituelle en pareil cas; du côté gauche se produisit une dilatation beaucoup moindre, mais que l'on peut évaluer au quart ou au tiers du rayon de la pupille.

Il résulte de cette expérience que toutes les fibres nerveuses sympathiques qui peuvent agir sur l'iris ne traversent pas le ganglion cervical supérieur. A. JOFFROY.

Contribution à l'étude de la physiologie de la rate, par M. le Dr BOCHEFONTAINE.
(*Arch. de physiologie normale et pathologique, sept. et nov.* 1873.)

Ce travail renferme la partie purement physiologique de la thèse inaugurale de l'auteur, thèse analysée dans cette revue, particulièrement au point de vue thérapeutique. Il contient en plus deux expériences nouvelles, relatives au mécanisme de la contraction de la rate provoquée par la strychnine. (V. *R. S. M.*, II, 540.)

M. Bochefontaine provoque la contraction de la rate en excitant au moyen de l'électricité le plexus liénique et le grand splanchnique, comme d'autres auteurs l'ont fait avant lui. Mais il note une diminution du volume de la rate beaucoup plus considérable, et qui se traduit par une diminution de 12 et 13 centimètres dans la longueur du diamètre transverse de la rate. Mais la diminution se fait en même temps dans tous les sens et la différence entre le volume avant la contraction et le volume après la contraction est de 160 centimètres cubes. Ainsi une rate de chien (les expériences sont faites sur des chiens) peut expulser, dans certaines conditions, 160 centimètres cubes de sang.

Les expériences les plus intéressantes sont celles dans lesquelles la rate se contracte par action réflexe, sous l'influence d'excitations portées sur différentes parties sensibles, particulièrement sur le nerf pneumogastrique ; celles dans lesquelles la rate se contracte sous l'influence d'une excitation électrique ou mécanique portée sur la moelle épinière et surtout sur le bulbe, dans le voisinage du point vital.

Des expériences de ce genre ont été faites dans le laboratoire de Cyon par M. de Tarchanoff, et publiées dans *Pflüger's Archiv.*, 1873, VIII, p. 98. La contraction maximum de la rate observée par M. Tarchanoff ne dépasse pas 2 centimètres et demi, chiffre de beaucoup inférieur à ceux que donne M. Bochefontaine.

Les recherches de cet auteur sont plus complètes d'ailleurs que celles de M. Tarchanoff, en ce qui concerne l'innervation de la rate. Ces recherches comprennent le fait de la contraction de la rate, dans des conditions nombreuses, dont la plus intéressante est la contraction énergique de la rate au moment de la syncope et de la mort.

Nous rapportons les conclusions de l'auteur relatives à ces points de physiologie :

La rate se contracte à la suite d'excitations mécaniques et électriques de la moelle et particulièrement du bulbe rachidien.

La rate se contracte par action réflexe sous l'influence d'excitations portées sur différentes parties sensibles; par exemple sous l'influence de l'excitation de la paroi abdominale, du nerf médian, du nerf sciatique, du nerf pneumogastrique;

La rate se contracte énergiquement, se ratatine et durcit par action réflexe, dans la pneumatose stomacale, les nausées, le vomissement.

Les parties des centres nerveux qui président à la contraction de la rate sont la moelle épinière et particulièrement le bulbe rachidien.

La rate se contracte fortement au moment de la mort, au moment de la syncope, très-probablement par suite d'exaltation des centres bulbo-médullaires.

La strychnine provoque la contraction énergique, progressive, le dur-

cissement de la rate, en même temps qu'elle provoque les convulsions spasmodiques des muscles de la vie animale.

Le mécanisme de la contraction de la rate dans les cas de strychnisme consiste dans une excitation réflexe de la moelle et du centre splénique principal (situé dans la bulbe), excitation transmise à la rate par les nerfs grands splanchniques et le plexus splénique. A. C.

Note sur la physiologie de la circulation capillaire de la peau, par le Dr BLOCH de Plombières. (*Arch. de Physiol.*, n° 6, 1873.)

Des expériences consignées dans les *Annales d'histoire naturelle* (*Zoologie*, IVe partie, tome IX) ont conduit M. Marey à admettre que :

1° Un léger traumatisme produit une contraction des capillaires et fait pâlir l'endroit irrité.

2° Un traumatisme plus fort abolit la contractibilité et fait dilater les vaisseaux sur les points qui le subissent.

M. Bloch, admettant le second principe, conteste absolument le premier, et après avoir fait plusieurs expériences consistant à comprimer la peau avec un tube ou des corps mousses, figurant soit des lignes droites, soit des courbes, soit des angles, etc., il arrive à la conclusion que nous allons transcrire. Disons seulement que, selon lui, c'est à une exfoliation de l'épiderme desséché que serait due la ligne blanche qui se produit après un traumatisme léger, et que M. Marey interprète par la déplétion mécanique des vaisseaux et par leur contraction spasmodique. Cette ligne blanche ne se produirait que dans les régions où l'épiderme est sec et s'exfolie facilement.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Un traumatisme quelconque, faible ou fort, exercé sur la peau, produit toujours, à la peau lésée, une dilatation des capillaires sous-jacents, plus ou moins persistante, selon l'énergie ou la durée du traumatisme.

2° Les traumatismes répétés rendent les vaisseaux capillaires plus aptes à se laisser dilater de nouveau.

3° La dilatation appelle le sang des capillaires voisins. Ils se vident par cet appel et non en vertu d'une contraction réflexe.

4° Les capillaires devenus exsangues se contractent et restent imperméables pendant un temps plus ou moins long, en rapport avec l'énergie ou la durée du traumatisme voisin.

En résumé, les deux expérimentateurs ont constaté qu'en exerçant une compression linéaire sur une peau chaude et colorée, on voit se produire, au niveau même des parties comprimées, une ligne pâle. Cette ligne n'apparaît qu'au bout d'un temps variable, 30 secondes par exemple; M. Marey a insisté sur ce point. De plus elle ne persiste qu'un temps limité, soit une minute.

Pour M. Marey, c'est la contraction des vaisseaux qui produit la ligne pâle; pour M. Bloch, c'est l'exfoliation de l'épiderme desséché. Nous avouons ne pouvoir comprendre comment l'exfoliation de l'épiderme desséché peut donner une ligne pâle qui n'apparaît que 30 secondes après la compression linéaire et disparaît assez rapidement. Selon nous, l'explication de M. Marey persiste tout entière. A. JOFFROY.

Note sur les phénomènes électriques du cœur (effets électro-moteurs), par le Dr J.-P. NUEL. (*Bull. de l'Acad. des sciences de Belgique*, 1873, *nos* 9 *et* 10.)

L'auteur, se servant d'instruments plus précis que ses devanciers, a pu rectifier quelques propositions inexactes. C'est ainsi que pour lui la pointe du cœur intact est positive par rapport à chaque point de la surface des ventricules; entre différents points de la surface cardiaque, la tension varie, mais dans des limites presque inappréciables. Le moindre attouchement de la pointe, la moindre lésion change le rapport des tensions, et alors la pointe devient négative par rapport à la surface. Si on établit un courant entre la surface du cœur et une surface de section, ce courant possède une force électro-motrice très-rapidement décroissante, mais qu'on peut augmenter en provoquant des contractions du ventricule. Si on rapproche ce fait de celui-ci, que l'énergie de la force mécanique du ventricule croît lorsqu'on l'irrite, on voit qu'il existe un parallélisme assez complet entre les propriétés électriques et mécaniques du cœur. Utilisant les courants développés à chaque contraction du cœur, et qu'on peut enregistrer à l'aide du rhéoscope physiologique et du kymographion, enregistrant les contractions cardiaques par transport aérien, l'auteur a pu obtenir deux tracés parallèles dont l'un représente les systoles, l'autre les contractions de la patte de la grenouille.

Or, celles-ci commencent avec la systole ventriculaire, et un quinzième de seconde avant la systole des oreillettes, ce qui appuie cette hypothèse que la contraction des deux parties du cœur est produite par deux impulsions motrices distinctes. J. C.

Observations touchant l'action de certaines substances toxiques sur les poissons de mer, note de MM. RABUTEAU et F. PAPILLON. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 8 *déc.* 1873.)

MM. Papillon et Rabuteau ont reconnu que les poisons organiques agissent sur les poissons de la même manière que sur les autres animaux : ils ont expérimenté avec la strychnine, la morphine (chez la torpille : perte de la sensibilité, du mouvement et du pouvoir électrique), avec la thébaïne, avec l'iodure de tétraméthylammonium (qui ici encore a produit une action analogue à celle du curare). Ces physiologistes signalent, en terminant, les jeunes raies comme très-utiles pour les expériences, car tant que ces animaux n'ont pas atteint un diamètre de 15 à 20 centimètres, ils ont la peau du ventre si transparente, qu'on peut suivre avec facilité, à la vue, tous les mouvements des organes respiratoires, du cœur et des gros vaisseaux. M. DUVAL.

De l'action comparative de l'atropine chez l'homme et chez certains animaux, par le Dr A. RABUTEAU. (*Un. méd.*, 1873, *p.* 1006.)

Plusieurs observateurs avaient noté que le lapin et le cochon d'Inde étaient peu sensibles à l'action de la belladone ; cependant Tardieu et

Roussin n'admettent pas cette sorte d'immunité et conseillent de se servir du lapin comme de réactif physiologique dans les cas de recherches médico-légales de l'atropine. M. Rabuteau fit des expériences dans lesquelles il injectait 20 cent. d'extrait de belladone sous la peau de lapins et de cobayes, sans déterminer autre chose qu'un peu de dilatation pupillaire. Ainsi, une dose qui pourrait amener la mort ou de très-graves accidents chez l'homme ne produit, chez ces animaux, que des troubles insignifiants. Il en résulte qu'il est impossible de se servir du lapin comme d'un réactif physiologique. Il n'en est pas de même pour le chien qui est très-sensible à l'action de l'atropine. J. C.

Sur les effets du chanvre indien (haschich), note de M. A. NAQUET. *(Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 29 *déc.* 1873.)

M. Naquet a fait ses expériences avec la teinture de chanvre indien, ce qui lui a permis de doser plus facilement les quantités absorbées. Il a ainsi observé des résultats très-variables, suivant les individus et suivant les dispositions dans lesquelles se trouve un même individu. Enfin, il a cru remarquer que parmi les hallucinations que le haschich fait naître, il en est qui semblent propres au poison lui-même, et qui se reproduisent chez tous les sujets : telles sont les hallucinations qui portent le sujet à s'imaginer qu'il monte à cheval, qu'il chasse, qu'il voit de l'eau bleue, qu'il nage. M. DUVAL.

De la différence d'action physiologique des courants induits selon la nature du fil métallique formant la bobine induite, note de M. ONIMUS. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 1er *déc.* 1873.)

Ayant fait construire, exactement dans les mêmes conditions, des bobines avec des fils de cuivre, de plomb, d'argentan, M. Onimus a observé sur les nerfs et les muscles de l'homme sain des *effets différents selon la nature du métal :* lorsque le fil de la bobine induite est formé par un métal mauvais conducteur de l'électricité, la contraction est plus forte et l'impression sur les nerfs cutanés moins vive qu'avec des fils bons conducteurs comme le cuivre. L'expérience physiologique sur des animaux, avec graphique de la *secousse musculaire*, montre que l'action plus énergique du courant de la bobine à fils mauvais conducteurs (plomb ou argentan) donne des contractions plus régulières et d'une durée plus longue. La fabrication des bobines à fils de plomb offrant quelques difficultés, M. Onimus pense que les bobines à fils d'argentan pourraient être très-avantageusement employées dans les appareils électro-médicaux.

M. DUVAL.

Beobachtungen über eine Bewegung der Trachea und der grossen Bronchien mittelst des Kehlkopfsspiegels (Observations sur un déplacement de la trachée et des grosses bronches à l'aide du laryngoscope), par le Dr L. SCHRŒTTER. (*Sitzber. der kais. Akad.*, 1873, *p.* 251-257.)

L'auteur attache une grande importance à l'examen laryngoscopique de la trachée qui lui a plusieurs fois permis d'intervenir chirurgicalement dans certaines affections de la trachée réputées incurables, comme de pratiquer, par exemple, avec succès, la section de brides cicatricielles ou l'extirpation d'une tumeur sarcomateuse, siégeant sur ce conduit. Dans ses recherches, son attention a été attirée par certains mouvements de déplacement de l'éperon de bifurcation des deux bronches, perceptibles à l'aide du miroir laryngien. Schrötter a du reste soin d'avertir qu'il faut une grande habitude du maniement de l'instrument pour parvenir à apercevoir nettement la bifurcation des bronches ; il a pu le faire sur environ 70 sujets.

Ce mouvement de déplacement de l'éperon est surtout visible quand il existe à sa surface quelques vaisseaux variqueux qui servent de point de repère pour juger de la nature et de l'étendue de ce déplacement. Il est isochrone aux contractions du cœur, l'éperon se déplaçant dans une certaine direction au moment de la systole cardiaque et revenant à sa place primitive au moment de la diastole. Le sens du déplacement est variable ; le plus souvent l'éperon se porte directement de droite à gauche au moment de la systole, d'autres fois cependant de gauche à droite, d'autres fois encore obliquement dans un sens ou dans l'autre. Les causes qui exagèrent l'action du cœur, un effort par exemple, rendent aussi les déplacements plus apparents.

Pour ce qui est du mode de production de cette locomotion de l'extrémité inférieure de la trachée, l'auteur l'attribue aux pulsations des gros troncs artériels qui sont en rapport avec elle ; le déplacement de gauche à droite serait dû aux pulsations de la crosse de l'aorte ; quand les connexions de l'une ou l'autre branche de l'artère pulmonaire avec la bifurcation bronchique sont plus intimes que celles de l'aorte, le déplacement tient aux pulsations de ces bronches et s'opère en sens inverse, de droite à gauche, ou bien dans une direction oblique. Une connaissance plus approfondie des rapports exacts des divers troncs artériels avec la bifurcation de la trachée faciliterait sans doute l'interprétation des variétés que l'on constate dans le sens du déplacement. STRAUS.

Du langage considéré comme phénomène automatique et d'un centre nerveux phono-moteur, par le Dr ONIMUS. (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *nov* 1873.)

Dans cette intéressante étude, M. Onimus, se basant sur les observations classiques d'aphasie, et sur quelques études particulières, s'attache à montrer, à propos du langage, que l'on peut considérer comme des actes

réflexes certaines fonctions intellectuelles, ou du moins que l'on trouve des actes réflexes parfaitement caractérisés dans l'accomplissement de ces fonctions. L'auteur distingue dans ce sens les actes réflexes d'instinct (vol des oiseaux; natation du canard, observée même chez de jeunes canards élevés par une poule et qui avaient subi l'ablation du cerveau) et les actes réflexes d'habitude ou d'éducation. Ces derniers ont essentiellement comme élément de coordination cette mémoire inconsciente, résultant de l'imprégnation d'impressions antérieures souvent répétées. A ce point de vue, les mouvements d'ensemble propres au langage sont du même ordre que ceux qui président à la locomotion. Les cas pathologiques fournissent de nombreux exemples propres à donner des preuves manifestes de l'élément réflexe du langage, et d'une sorte de mécanisme automatique où les sensations perçues influent plus directement que la volonté : la récitation, certaines réminiscences involontaires amenées par l'excitation de l'ouïe, montrent que le langage a les plus grands rapports avec les fonctions automatiques des autres organes. M. Onimus propose par suite, pour les différentes formes de perte de la parole, la classification suivante : 1° perte de la parole par altération cérébrale ; 2° par altération du centre phono-moteur (comprenant deux grandes classes : ataxies et paralysies) ; 3° par altération des organes extérieurs. Il montre que toutes les classifications établies par divers auteurs (Broca, Proust, Jaccoud) rentrent dans la précédente. Quelques précieuses citations empruntées au président de Brosse, à Montaigne, à Pascal, font voir avec quelle netteté ces philosophes avaient entrevu le mécanisme de fonctions que la physiologie des centres nerveux vient aujourd'hui si clairement expliquer. M. DUVAL.

Die Resorptionsfähigkeit der Mundhöhle (Du pouvoir absorbant de la muqueuse buccale), par KARMEL (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

Dans quelle mesure et dans quelles conditions l'absorption peut-elle se faire par la muqueuse buccale ? Telle est la question que l'auteur s'est efforcé de résoudre à l'aide d'une série d'expériences qu'il a faites sur lui-même. Voici comment il procédait : il préparait une solution titrée de la substance qu'il voulait expérimenter, il en introduisait dans sa bouche une quantité déterminée, l'y laissait séjourner de 2 à 4 minutes, puis la rejetait dans un verre et en faisait l'analyse ; il lui était facile ainsi de déterminer dans quelle proportion la substance dissoute avait été absorbée.

Il a expérimenté ainsi successivement l'alcool, le bicarbonate de soude, le tartre, le chlorate de potasse, le salpêtre et le sucre de raisin ; il est arrivé aux conclusions suivantes : toutes ces substances s'absorbent en proportion appréciable dès qu'elles séjournent quelques instants dans la cavité buccale. Cette proportion varie suivant la nature de la substance, son degré de concentration et le temps pendant lequel elle séjourne dans la cavité buccale. H. HALLOPEAU.

On the action of inorganic substances when introduced directly into the blood (Action des substances inorganiques introduites directement dans le sang), par J. BLAKE. (*Journal of An. and Physiol.*, n° 12.)

Il s'agit d'un groupe de substances qui présentent dans leur action physiologique des ressemblances et aussi des différences analogues à celles qui se remarquent dans leur constitution et leurs propriétés chimiques : le nitrate de soude, le sulfate de lithine, le sulfate de thallium, le chlorure de rubidium, le chlorure de cæsium, le nitrate et l'acétate d'argent. Ces substances injectées directement dans le sang, par les artères et surtout par les veines et en quantité suffisante, tuent rapidement par le poumon qui se congestionne et s'engoue et dont les canaux aériens se remplissent d'écume.

A part les sels de cæsium qui agissent légèrement sur le système nerveux, et les sels d'argent qui entravent facilement la circulation capillaire générale, toutes les substances indiquées plus haut respectent l'irritabilité cardiaque et peut-être même l'entretiennent après la suspension de l'hématose ; toutes altèrent les globules sanguins en les rendant adhésifs ; toutes, chose curieuse, n'opèrent que dans les capillaires pulmonaires, à moins qu'on ne les ait injectées en quantité considérable.

L.-H. F.

Zur Physiologie der Bauchspeichelabsonderung (Contribution à la physiologie de la sécrétion pancréatique), par L. LANDAU. (*Dissert. inaug.*, *Breslau*, 1873 *et Centrbl.*, 1873, n° 56, *p.* 888.)

Cl. Bernard, le premier, et Bernstein après lui, ont cherché à établir l'influence qu'exerce le système nerveux sur la sécrétion pancréatique. D'après eux cette sécrétion serait surtout sous la dépendance d'un réflexe partant de l'estomac et de l'intestin. L'auteur, qui expérimentait dans le laboratoire de Heidenhain, a d'abord déterminé quelle était la quantité normale de suc pancréatique sécrétée sur un chien de taille moyenne, préalablement curarisé et ayant une fistule pancréatique. D'après lui, cette quantité s'élèverait à 2 centim. cubes par heure (au lieu du chiffre de 6 centim. qu'a trouvé Bernstein).

L'injection dans les veines d'atropine, de calabarine, de nicotine et de divers poisons qui modifient habituellement les sécrétions sont sans action appréciable sur la sécrétion du pancréas. Il en est de même des variations de la pression artérielle. L'excitation de nerfs sensitifs, notamment des nerfs trijumeau et lingual est également sans action sur le pancréas, non plus que l'excitation du nerf vague. La seule façon certaine d'agir sur la sécrétion pancréatique consiste dans l'excitation du bulbe rachidien, soit directement par la trépanation et l'électricité, soit indirectement par la suspension de la respiration. Toujours dans ce cas, l'auteur observait une augmentation de la sécrétion pancréatique, proportionnelle à l'intensité et à la fréquence des excitations bulbaires.

STRAUS.

Welcher Bestandtheil des Erstickungsblutes vermag den diffundirbaren Sauerstoff zu binden ? (Quel est l'élément du sang asphyctique que fixe l'oxygène (normalement diffusible?) par le Dr AFONASSIEW. (*Arbeiten aus der physiol. Anstalt zu Leipzig*, 1873, *p.* 71-80.)

C. Schmidt et Pflüger après lui ont constaté que le sang asphyctique mis en présence d'oxygène en *fixe* une certaine quantité, c'est-à-dire qu'il ne restitue pas cette quantité sous l'influence du vide ; en place il abandonne une proportion équivalente d'acide carbonique. D'où cette conclusion, que le sang de l'asphyxie renferme des substances très-facilement oxydables qui s'emparent de l'oxygène et abandonnent de l'acide carbonique.

Afonassiew, à l'instigation de Ludwig, a entrepris de déterminer dans quel élément constitutif du liquide sanguin il fallait rechercher la présence de ces substances avides d'oxygène qui se développent sous l'influence de l'asphyxie ; est-ce dans le sérum ou dans les globules ? Pour cela, il a mélangé du sérum pris sur du sang asphyctique d'une part, du sang asphyctique complet, de l'autre, avec une quantité déterminée d'O (ou, ce qui revient au même, avec du sang artériel non asphyctique, dont la richesse en O et en CO^2 était connue). L'analyse gazométrique des mélanges a montré que le sérum asphyctique ne fixe pas d'oxygène et ne produit pas d'acide carbonique ; que si, au contraire, on emploie le sang asphyctique *complet* (avec ses globules rouges et blancs), l'O du mélange diminue et CO^2 augmente. Ce qui prouve que les substances facilement oxydables du sang de l'asphyxie sont contenues dans les globules rouges (et blancs ?) et non dans le sérum. STRAUS.

An inquiry into the cause of pulse dicrotism (Recherches sur le mécanisme du pouls dicrote), par David-C. M'VAIL. (*The Glasgow med. Journ., janvier.*)

Après avoir rappelé que la connaissance du dicrotisme est de date récente, l'auteur discute les théories proposées jusqu'ici pour expliquer ce phénomène. L'hypothèse du reflux de l'ondée sanguine ne lui paraît pas expliquer tous les cas de dicrotisme et moins encore ceux de polycrotisme. Pour lui, le point de départ de ces ondulations, observées dans un segment quelconque du système artériel, est dans ce segment lui-même, et résulte de vibrations transversales qui se produisent sous l'influence du choc exercé par le sang sur les parois artérielles au moment de la systole cardiaque.

Ces vibrations sont du reste modifiées par diverses circonstances et spécialement par la résistance qu'éprouve le sang dans les capillaires.

Telle est l'idée fondamentale de cette théorie.

L'auteur donne ensuite les résultats d'expériences faites avec des tubes élastiques, dans lesquelles il variait les conditions de la circulation. Ces

expériences ont pour objet la justification de la théorie qu'il propose, mais elles sont peut être encore un peu incomplètes. A. S.

Greffes de follicules et de leurs organes constitutifs isolément, note de MM. Ch. LEGROS et E. MAGITOT. (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *févr.* 1874.)

Les greffes de follicules dentaires ou d'organes folliculaires isolés n'ont donné de résultats qu'entre animaux du même ordre zoologique. Ce fait est conforme à ceux recueillis par M. P. Bert. La résorption ou la suppuration ont eu lieu invariablement dans les transplantations de portions plus ou moins volumineuses de mâchoires avec des follicules inclus, ainsi que pour les greffes d'organe de l'émail isolé. Ce dernier résultat ne doit pas surprendre quand on songe à l'extrême fragilité du tissu de l'organe de l'émail et à sa non-vascularisation.

Au contraire, les follicules entiers et les bulbes dentaires isolés ont pu continuer à vivre et à se développer : leur accroissement s'est effectué, tantôt régulièrement, mais avec une grande lenteur ; tantôt il a présenté des troubles particuliers dans la formation de l'ivoire et de l'émail.

M. DUVAL.

Ueber die Wirkung des Sparteins auf den thierischen Organismus (Action de la spartéine sur l'organisme), par J. FICK. (*Archiv für experim. Pathologie, t. I*, 1873.)

Quatorze expériences ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° Chez les grenouilles comme chez les mammifères la spartéine diminue l'activité cérébrale et, à ce titre, peut être considérée comme un narcotique. Mais, sous ce rapport, son action est très-peu intense, et, si haute que soit la dose, elle ne détermine point une perte entière de connaissance.

2° La spartéine diminue notablement l'excitabilité réflexe de la moelle.

3° La spartéine paralyse les nerfs moteurs ; ceux-ci, par une dose élevée, perdent leur irritabilité électrique.

4° En peu de temps, et à une faible dose, la spartéine enlève au nerf vague son excitabilité électrique, de telle sorte que son excitation ne diminue en rien les mouvements du cœur. A une dose élevée, elle paralyse même les centres d'arrêt, de telle sorte que ni l'excitation des oreillettes (sinus), ni la muscarine, ne produisent un arrêt diastolique du cœur.

5° La spartéine semble tuer les mammifères en paralysant le centre respiratoire. Aussi peut-on entretenir la vie, chez les animaux empoisonnés, par la respiration artificielle.

V. HANOT.

CHIMIE MÉDICALE.

ANALYSES.

Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène, par M. Armand GAUTIER. (*Tome Ier, in-8°, 592 pages, chez Savy*, 1874.)

Les applications de la chimie à l'hygiène comprennent : l'étude de l'air atmosphérique, un résumé complet des phénomènes concernant l'ozone atmosphérique et ses rapports avec les diverses maladies, l'histoire des matières organiques, spores et ovules rérépandus dans l'air, au moins à l'état de germes, dont le développement produit les fermentations, les moisissures, les putréfactions, plusieurs affections de la peau et maladies spécifiques, comme le sang de rate et le charbon ; l'auteur range ces organismes en quatre groupes.

Au sujet de l'alimentation, l'auteur prend chaque aliment en particulier et en discute la valeur nutritive. Il critique la loi admise par Payen sur le rapport qui existe dans un aliment entre la quantité d'azote, celle du carbone augmentée de l'hydrogène combustible et la valeur nutritive ; encore moins regarde-t-il la proportion d'azote comme propre à servir à cette détermination ; il montre qu'on doit prendre pour mesure sa valeur calorimétrique et la valeur dynamique de l'aliment. Les équivalents nutritifs de Payen ne restent plus que des approximations, et comme telles, sont cependant encore précieuses à connaître.

On arrive ainsi à déterminer les conditions nécessaires pour une bonne alimentation, laquelle, d'après l'ensemble des auteurs précédents, doit représenter 20 grammes d'azote et 280 grammes de carbone par jour, chiffre que M. Gautier regarde comme exagéré, malgré l'autorité et l'accord des physiologistes qui l'ont établi par des méthodes différentes.

Les eaux sont aussi un aliment. Les considérations que soulèvent l'analyse, la composition et surtout les caractères des eaux potables courantes, stagnantes, chargées de sels, de matières organiques, etc., seront lues et méditées avec fruit par les pathologistes.

La chimie appliquée à la physiologie ne contient encore que trois

chapitres parus : tissus, digestion, assimilation. L'auteur commence par exposer avec beaucoup de clarté les propriétés des matières protéiques en général, et des principes azotés qui en dérivent par une suite de métamorphoses diverses qui se passent dans les organes, puis il arrive directement à l'étude des tissus musculaire, conjonctif, adipeux, osseux, peau et milieux de l'œil. Il décrit la succession des phénomènes de la digestion et fait une excellente étude du sang. Il termine ce premier volume par des considérations sur la nutrition en général, et établit la balance des phénomènes d'assimilation et de désassimilation chez l'animal vivant.

E. HARDY.

Beiträge zur Chemie der Knochen (Contribution à la chimie des os), par Rich. MALY et Jul. DONATH. (*Journal für praktische Chemie, t. VII, p.* 413, 1873.)

Les premières recherches des auteurs eurent pour but de déterminer la solubilité dans l'eau des phosphates obtenus de la manière suivante : 1° Il précipitèrent de l'eau de chaux avec de l'acide phosphorique, en ayant soin que la réaction restât alcaline ; 2° Ils firent réagir du chlorure de calcium sur de l'acide phosphorique préparé par la décomposition du phosphate de sodium ordinaire au moyen de l'ammoniaque ; 3° Ils employèrent un morceau de la substance compacte d'un fémur de bœuf. Ils trouvèrent en moyenne que ces trois phosphates ont une solubilité respective de 2,36—2,56—3,00 pour 1,000 parties d'eau, que, par conséquent, la solubilité du phosphate de calcium minéral est sensiblement égale à celle du phosphate des os.

La présence de divers sels ou substances modifie la solubilité du phosphate des os ; les auteurs ont réuni les chiffres sous forme de tableaux ; ainsi, l'acide carbonique dissous dans l'eau, le sel ammoniac, etc., l'augmentent ; la glycérine, le lactate de sodium la diminuent considérablement. Mettant à profit ces diverses données, ils ont cherché à déterminer l'influence que les substances douées de la propriété d'augmenter la solubilité des phosphates dans l'eau pure peuvent avoir sur la solubilité des phosphates dans le sérum et les liquides de l'organisme ; ils ont constaté que l'eau introduite dans l'économie comme boisson, accroît la quantité de phosphates excrétés par l'urine ; que le sucre, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'eau chargée d'acide carbonique sont sans influence ; que, par conséquent, la solubilité des phosphates contenus dans les sécrétions subit trop de changements pour qu'on puisse chercher à modifier les sécrétions par l'usage de ces divers agents.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude des rap-

ports qui existent dans les os entre la matière minérale et la substance organique. Au lieu de se servir de gélatine, comme on l'avait fait avant eux, les auteurs employèrent l'osséine qu'ils obtinrent facilement, bien privée de matières minérales, par l'action de l'acide chlorhydrique sur des os de bœufs. Ils placèrent l'osséine dans des vases remplis d'eau contenant en suspension du phosphate basique de calcium, qui est un peu soluble, soit seul, soit additionné de chlorhydrate d'ammoniaque, lequel augmente encore sa solubilité. Le phosphate de calcium s'est porté sur les cartilages, mais la quantité de chaux fixée n'a pas été la même dans toutes les expériences. Trois fragments d'osséine dont l'un (*a*) servait de témoin, dont le second (*b*) fut plongé dans de l'eau chargée de phosphate de calcium, et dont le troisième (*c*), dans les mêmes conditions, fut soumis de plus à l'action du chlorhydrate d'ammoniaque, donnèrent, après trois mois, les chiffres suivants :

Cartilage (*a*) séché à 114°, pèse 0,4361 gr. et contient 0,0007 gr de matières inorganiques = 0,16 0/0.

Cartilage (*b*) séché à 114°, pèse 0,4962 gr. et contient 0,0011 gr. de matières inorganiques = 0,22 0/0.

Cartilage (*c*) ne contient pas de phosphate calcaire.

Dans d'autres expériences, les auteurs sont revenus aux solutions de gélatine et de chondrine. Une solution contenant 1,70 0/0 de gélatine, fut mêlée avec 40^{cc} d'une solution de chlorure de calcium et 40 cc d'une solution ammoniacale de phosphates.

800^{cc} de gélatine, le précipité contient 25,94 de gélatine.

600^{cc} de gélatine, le précipité contient 20,60 de gélatine.

Une autre série d'expériences faites avec 1,13 0/0 de gélatine, les autres éléments étant les mêmes que ci-dessus, ont donné pour 100, 200 et 400 de solution de gélatine, 16,01, 20,25, 19,55 0/0 de gélatine.

D'autres expériences eurent lieu avec une solution de gélatine et de l'alun, de l'oxyde de fer, de la silice, de l'oxyde de zinc qu'on précipitait par l'ammoniaque. Dans tous ces cas, il y eut des proportions variables de gélatine qui s'unirent à la substance minérale.

Ces diverses expériences prouvent que les combinaisons ainsi obtenues ne sont que des mélanges.

Dans les os, au contraire, l'osséine et la matière calcaire sont dans un rapport à peu près constant ; les auteurs en tirent la conséquence qu'elles doivent s'y trouver à l'état de combinaison.

E. HARDY.

TRAVAUX A CONSULTER.

Ueber die Beziehungen des Knochenknorpels zum Kalkphosphat (Sur le rapport entre les cartilages des os et le phosphate de calcium), par Carl AEBY, de Berne. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, p.* 849, 1873.)

L'ossification des cartilages a lieu sans augmentation de volume par simple déplacement d'eau. Les cartilages avant l'ossification sont très-humides et deviennent très-secs quand elle est complète. Ce phénomène permet de supposer que l'ossification a lieu par simple substitution de substances calcaires à l'eau primitive.

L'auteur trouve une preuve de cette théorie dans les faits suivants : 1° un os, abandonné au refroidissement au-dessous de la température du corps, absorbe de l'eau, et les cartilages jouissent de la même propriété. 2° Les os recueillis dans les divers terrains des époques géologiques sont anhydres, mais l'eau est remplacée par du phosphate de calcium, ce qui prouve qu'il n'y a aucune combinaison entre le phosphate et la matière organique. Toute combinaison, en effet, ajoute l'auteur, ne peut s'expliquer, d'après les théories chimiques, que par une substitution d'éléments ; et la substitution ici n'a lieu qu'aux dépens de l'eau et non du cartilage.

E. HARDY.

Zur Kenntniss der amyloiden Substanz (Étude sur la matière amyloïde), par E. MODRZEJEWSKI. (*Arch. f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie, t. I, p.* 426, 1873.)

L'analyse centésimale de la matière amyloïde l'a fait ranger parmi les substances albuminoïdes. Il restait encore à décider si ce rapprochement pouvait se poursuivre dans les produits de décomposition, particulièrement dans ceux qui naissent sous l'influence de l'acide sulfurique. Ces recherches ont été faites par Modrzejewski avec de la matière amyloïde très-pure, provenant du foie de deux malades, l'un mort de phthisie, l'autre de méningite tuberculeuse ; dans les deux cas, tous les organes étaient atteints d'une profonde dégénérescence amyloïde ; le foie donnait avec l'iode la teinte rouge caractéristique qui augmentait encore par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique.

La matière amyloïde fut préparée par la méthode suivante due à Friedreich et Kekule : on réduit le foie en petits fragments, on enlève à l'aide d'une pince le tissu fibreux, et on fait digérer pendant 24 heures avec de l'eau ; après avoir décanté et comprimé la matière, on enlève l'albumine soluble et les substances converties en gélatine par une ébullition avec de l'eau prolongée pendant plusieurs heures. On épuise par l'alcool et par l'éther, et on obtient une masse bleu verdâtre ayant tous les caractères de la matière amyloïde.

Dans une autre préparation, l'auteur purifie la matière amyloïde en la faisant digérer avec une solution de pepsine faiblement acidulée, puis en y ajoutant de l'eau de baryte dans laquelle la matière amyloïde est insoluble. On recueille ainsi une poudre blanche dont les caractères ne diffèrent pas de ceux obtenus par le premier procédé.

On fit réagir sur la matière amyloïde sèche trois fois son poids d'acide sulfurique étendu de 6 parties d'eau. On obtint rapidement une solution violette ; on porta à l'ébullition pendant 8 à 10 heures, on projeta dans la solution étendue du carbonate de calcium, et après avoir enlevé la chaux restée dissoute par l'acide oxalique, et l'excès d'acide oxalique par une macération sur du carbonate de plomb, puis le plomb dissous à l'aide d'un courant d'hydrogène sulfuré, on obtint une solution qui contenait les produits de décomposition de la matière amyloïde.

Par l'évaporation on sépara d'abord des cristaux de tyrosine, puis de la leucine; 25 grammes de matière amyloïde ont donné de 0,95 à 3,6 pour cent de tyrosine. Il restait encore des eaux-mères, mais en proportion trop faible pour être soumises à l'analyse. E. HARDY.

Einige Versuche über die buttesaure Gährung (Recherches sur la fermentation butyrique), par Victor PASCHUTIN. (*Archiv f. d. gesammte Physiologie, t.* VIII, *p.* 352, 1873.)

La fermentation butyrique, dans les recherches qui suivent, fut toujours produite par l'action de vieux fromage sur le lactate de chaux. Les gaz furent recueillis au moyen d'un système spécial de tubes qui permettaient d'éviter toute perte et d'en extraire de petites quantités aux différents temps de l'expérience, depuis le dégagement des premières bulles jusqu'à la fin de la réaction après un ou deux mois, et de les soumettre à l'analyse.

L'auteur laissa les gaz se dégager soit en présence, soit en l'absence de l'air; il fit varier la température, et dans ces diverses conditions, il obtint un rapport variable entre la quantité d'acide carbonique et d'hydrogène dégagé. Le minimum de l'hydrogène pour cent fut de 8, le maximum 39.

Paschutin a recherché ensuite si on pouvait remplacer le vieux fromage par des tissus animaux; il s'est servi de grenouilles et de lapins. Il a vu que pour transformer le lactate de chaux en butyrate, les tissus les plus avantageux étaient, chez la grenouille, d'abord la peau, le gros intestin, puis le foie, les muscles et enfin les reins et le cerveau ; chez le lapin, le gros intestin, ensuite le foie, les reins, le cerveau, les muscles, l'estomac et le foie. Sur le trajet du canal intestinal, les substances contenues dans l'estomac et l'intestin grêle ont une action presque nulle, elles sont plus actives dans le cœcum, davantage dans le gros intestin, et au maximum dans le rectum.

Quant à l'influence de la température, on trouve une action maximum de 37 à 39°, un effet moindre à 42°, et une destruction complète du ferment à 54°. Enfin l'auteur a constaté que diverses substances : sucre

de lait, sucre de canne, chlorure de sodium, salpêtre entravaient la fermentation butyrique. E. HARDY.

Zur Unterscheidung zwischen Fett-Infiltration und fettiger Degeneration (De la différence entre l'infiltration et la dégénérescence graisseuse), par le Dr PERLS. (*Centralblatt,* 1873, *n*° 51.)

Jusqu'à présent, pour savoir si le foie gras provient de l'infiltration des cellules par de la graisse ou d'une dégénérescence graisseuse proprement dite, l'on s'y est pris de deux façons : 1° examen microscopique des cellules hépatiques ; 2° étude de la nutrition dans les maladies qui produisent le foie gras. L'examen microscopique, pour les cas en question, et notamment pour le foie phosphoré, n'a fourni que des résultats insuffisants ; quant aux recherches biologiques elles ont conduit Schultzen et Riess d'une part, Bauer de l'autre, à des déductions opposées, et qui n'ont par conséquent rien de certain.

Quant à l'analyse chimique, on lui a refusé toute valeur dans cette question, et cependant l'étude de Perls, fondée sur elle, prouve qu'elle doit jouer un certain rôle.

Si le foie adipeux est dû à un apport de graisse, celle-ci doit chasser du tissu hépatique de l'eau et des parties solides en proportion égale à son poids; par exemple 5 grammes de graisse chasseraient environ 4 grammes d'eau et 1 gramme de parties solides; si donc la graisse augmente dans le foie d'un buveur, c'est surtout son contenu aqueux qui diminuera.

Par contre, dans la dégénérescence graisseuse l'augmentation de la graisse se fera principalement ou exclusivement aux dépens des parties solides.

Dans un organe comme le foie, où la quantité de graisse peut s'élever de 1 0/0 à 43 0/0 du poids du tissu frais et de 6 0/0 à 78 0/0 du poids du tissu privé de ses liquides, cette différence doit être appréciable par l'analyse chimique; c'est ce qui ressort du tableau suivant :

Dans 100 parties fraîches non privées d'eau.	Eau.	Graisse reprise par l'éther.	Substances solides et privées de graisse.
1° Foie normal (moyenne de 8 observations).	76,5	3,0	20,9
2° Foie gras d'alcoolique.....	62,1	19,5	18,4
3° id. id.	61,57	23,98	14,45
4° Foie très-gras.....	43,84	43,84	12,32
5° Atrophie jaune aiguë.	81,6	8,7	9,7
6° Ictère grave avec adipose générale...	63,57	26,45	9,90

Les cas 2, 3 et 4, comparés au 1er, montrent d'une façon péremptoire que le dépôt de graisse se fait principalement aux dépens du contenu aqueux, par contre le cas n° 5 montre que l'accumulation de graisse se fait surtout aux dépens des parties solides, par conséquent, une dégénérescence graisseuse pure. Le cas 6 montre également un cas de dégénérescence graisseuse avec destruction abondante des cellules hépatiques, mais le foie était très-gros, à bords émoussés, lisse et tendu ; le sujet avait un grand embonpoint, et l'examen anatomique montra que

c'était un foie gras de buveur. Les chiffres du tableau concordent avec ce fait et tiennent le milieu entre ceux des n°s 2, 3, 4, d'une part, et 6 d'autre part. Il faut se méfier de ces cas compliqués quand on analyse, et l'examen chimique doit marcher de pair avec l'examen anatomique, quoi qu'à lui seul il fasse déjà supposer un état compliqué.

L'auteur n'a pas pu analyser le foie gras de l'empoisonnement par le phosphore. H. CHOUPPE.

Chemische Untersuchung des Blutes bei lienaler Leukämie (Analyse chimique du sang dans un cas de leucocythémie splénique), par le prof. v. GORUP. (*Sitzungsberichte der physik. mediz. Societæt zu Erlangen*, 1873, *p.* 46.)

C'est d'après l'auteur de cette communication le premier cas où l'analyse du sang ait été faite pendant la vie. Il a trouvé dans le sang, en dehors des produits normaux : 1° une substance très-analogue à la *glutine*, mais en différant par des propriétés optiques ; 2° de l'hypoxanthine; 3° de l'acide formique et des acides gras volatils plus riches en carbone ; 4° un acide organique fort, fixe, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, et qui n'est certainement pas de l'acide lactique.

D'autres analyses du sang faites pendant la vie, contrairement à l'assertion de l'auteur, ont donné des résultats intéressants qui se trouvent indiqués dans l'article *Leucocythémie du dict. encycl. des Sc. méd.*, art. dû à M. E. Isambert. EXCHAQUET.

Nachweisung einer salpetrigsauren Verbindung im Speichel. (Recherche sur une combinaison d'acide azoteux dans la salive), par BÖTTGER. (*Zeitschrift für analytische Chemie, t. XII, p.* 232, 1873.)

Les expériences par lesquelles Schœnbein a constaté la présence d'une combinaison d'acide azoteux dans la salive ont été confirmées par Bœttger. On ajoute à la salive quelques gouttes d'acide azotique étendu et on verse, en agitant, une petite quantité de solution d'iodure de cadmium dans de l'empois d'amidon. L'apparition d'une couleur bleue intense décèle la présence de l'acide azoteux. La seule différence entre les procédés de Bœttger et de Schœnbein réside dans la substitution de l'iodure de cadmium à l'iodure de potassium. E. HARDY.

Untersuchungen über die Cholsaure (Recherches sur l'acide cholique), par F. BAUMSTARK. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin, t. VI, p.* 1185, 1873.)

Ces recherches ont eu pour but de faire sortir l'acide cholique du nombre des substances encore mal connues chimiquement pour le rame-

ner parmi celles dont les réactions rentrent dans les lois ordinaires. L'auteur a constaté que l'acide cholique est monobasique et biatomique : il a pu en effet préparer l'éther éthylcholique $C^{24}H^{39}(C^2H^5)O^5$, la cholamide $C^{24}H^{39}O^4$, l'éther benzoyl-ethylcholique $C^{24}H^{38}(C^2H^5)(C^7H^5O)O^5$. Il a montré que l'acide choloïdique correspond à l'acide dilactique, et que le corps qui se produit lors de la distillation sèche de l'acide cholique est analogue à la lactide. E. HARDY.

Recherches sur l'isomérie dans les matières albuminoïdes, par M. A. BÉCHAMP. (*Montpellier médical*, 1874, *p.* 47.)

On sait que les matières albuminoïdes, malgré le grand nombre de travaux auxquels elles ont donné lieu, sont encore un sujet permanent de discussion. L'indépendance des principaux types albuminoïdes, soutenue en France par MM. Dumas, Chevreul, Gerhardt, Wurtz, etc., est fortement contestée depuis l'hypothèse de Mülder sur la protéine, et dans ces derniers temps, quelques chimistes l'ont rejetée complétement en Allemagne. Pour ces auteurs, les diverses matières albuminoïdes sont composées d'une seule et même substance, modifiée par des combinaisons avec des principes colloïdes ou cristalloïdes.

C'est contre cette tendance que proteste M. Béchamp en s'appuyant, pour montrer les différences de nature des principes albuminoïdes, sur la façon dont ils dévient le plan de polarisation. Voici les résultats de ses expériences :

Le blanc d'œuf de poule contient 3 albumines différentes : l'une, albumine soluble de M. Wurtz; l'autre capable d'agir comme ferment (zymase) et de transformer l'empois de fécule en fécule soluble. Les chiffres polarimétriques de ces trois variétés sont respectivement — 33° — 53° — 70°.

Le jaune d'œuf contient un principe albuminoïde connu sous le nom de vitelline, et de plus, deux autres substances précipitables dans l'alcool, mais dont l'une se redissout dans l'eau. Or cette dernière, que M. Béchamp appelle lécythozymase, a pour indice polarimétrique, —46°,5.

D'après la même méthode, il reconnaît que le lait de vache contient deux substances albuminoïdes indépendamment de la caséine. Enfin l'albumine du sang n'est pas non plus isomère avec celle du blanc d'œuf. La conclusion est que loin d'être le résultat de la combinaison d'un principe unique avec des corps de constitution différente, les matières albuminoïdes sont des corps chimiquement définis, bien que se rapprochant par de nombreux caractères. H. R.

Ueber das Verhalten einiger aromatischen Verbindungen im Thierkörper (Sur les transformations de quelques substances aromatiques dans l'organisme), par Léon von NENCKI. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie, tome Ier, p.* 420, 1873.)

I. — D'après les travaux de O. Schültzen et de M. Nencki, on sait que les acides amidés gras, la leucine, le glycocolle introduits dans les voies

digestives, passent dans l'urine sous la forme d'urée, tandis que dans des conditions semblables, l'acétamide se retrouve inaltérée. Ce dernier fait prouve que les amides des acides gras traversent l'organisme sans subir de modifications. Il était intéressant de savoir si les amides aromatiques suivaient la même loi; l'expérience fut faite avec de la benzamide qui présente avec l'acide benzoïque le même rapport de composition que l'acétamide avec l'acide acétique.

On prépara la benzamide pure en faisant réagir le chlorure de benzoïle sur le carbonate d'ammoniaque suivant le procédé de Gerhardt; on reconnut son innocuité, et on en fit prendre à un chien 5 gr. 5 à doses fractionnées en 1 jour; l'urine prit aussitôt une consistance sirupeuse et fut précipitée par l'alcool; on évapora le liquide filtré; quand tout l'alcool fut éliminé, on y ajouta de l'acide sulfurique et on épuisa par l'éther. Ce dissolvant évaporé donna des cristaux que l'examen microscopique et l'analyse centésimale de l'azote firent reconnaître pour de l'acide hippurique. On voit donc que les acides amidés de la série aromatique se comportent différemment que ceux de la série grasse.

II.—Les expériences de M. Nencki et de E. Ziegler ont montré que le cymol ou méthyle propylbenzol se transforme dans l'économie en acide cuminique. L'auteur a pensé que l'essence de térébenthine pouvant être regardée comme un bihydrocymol $C^6H^6 < \begin{matrix} C^3H^7 \\ CH^3 \end{matrix}$ se changerait dans l'organisme en acide bihydrocuminique $C^6H^6 < \begin{matrix} C^3H^7 \\ COOH \end{matrix}$. Mais il ne recueillit que quelques cristaux souillés de matière visqueuse, et en trop petite quantité pour être analysés.

III.—Le mésitylène qui s'obtient par la distillation de l'acétone avec l'acide sulfurique concentré, peut être regardé comme du benzol triméthylé $C^6H^3 \begin{matrix} CH^3 \\ CH^3 \\ CH^3 \end{matrix}$. Traité par l'acide azotique, il se transforme en acide mésithylénique $C^6H^6 \begin{matrix} COOH \\ CH^3 \\ CH^3 \end{matrix}$, et par l'acide chromique en acide trimésinique $C^6H^6 \begin{matrix} COOH \\ COOH \\ COOH \end{matrix}$.

Introduit dans l'organisme, le mésitylène s'oxyde rapidement en passant à l'état d'acide hippurique et d'acide mésitylénique. L'auteur sépara les deux acides en les distillant avec de l'eau, l'acide mésitylénique se condense seul dans le récipient. E. HARDY.

Ueber Bestimmung des Stickstoffs der Eiweisskörper mittelst Natronkalk (Du dosage de l'azote des matières albuminoïdes au moyen de la chaux sodée), par H. RITTHAUSEN. (*Journal für praktische Chemie, t. VIII, p.* 10, 1873.)

Les opinions que Seegen et Nowak (*Arch. des sc. méd.*, t. II, p. 592) ont émises sur l'analyse et la composition des matières albuminoïdes ne sont point confirmées par Ritthausen. Ce chimiste trouve, au contraire,

que la chaux sodée donne des résultats exacts pour l'analyse des matières albuminoïdes quand on opère avec le soin convenable ; il indique en détail les manipulations nécessaires pour éviter les erreurs dans la pratique de ces opérations. E. HARDY.

Des urines pseudo-ictériques par élimination de la matière colorante du séné et du phénomène général de l'absorption des substances purgatives, par M. le professeur GUBLER. (*Journal de thérapeutique, n° 4, 1874.*)

Dans ce travail, M. Gubler étudie les urines pseudo-ictériques dues à l'élimination du séné (V. *Rev. sc. méd.*, t. III, p. 93). Il indique ensuite très-nettement le diagnostic différentiel entre les urines pseudo-ictériques du séné et les urines hémaphéiques, biliphéiques et sanguinolentes. Dans l'ictère hémaphéique qui se rencontre chez les saturnins, les péripneumoniques, dans les cas de dénutrition exagérée des globules sanguins, l'urine a une coloration ambrée-rouge, sans reflet verdâtre, et renferme une proportion plus ou moins notable d'albumine. Les urines sanguinolentes peuvent offrir un reflet verdâtre sur le bord, et prennent sans doute, sous l'action de la potasse, une couleur rouge assez prononcée ; mais le reflet vert manque presque toujours, et la potasse n'y produit qu'un rouge sombre très-différent du carmin très-riche qui dérive de l'acide chrysophanique. En outre il existe un peu d'albumine et quelques hématies réformées. — Les urines bilieuses, douées de la double teinte brune et verte, se font reconnaître par la richesse et l'éclat de ces colorations, par la formation, à l'aide de l'acide nitrique, d'un précipité résinoïde d'acides gras biliaires, soluble dans l'alcool ; enfin, et surtout, par l'apparition, en présence du même réactif, de la série des sept couleurs du prisme avec prédominance et persistance du vert.

L'apparition constante de l'acide chrysophanique dans les urines, à la suite de l'administration du séné, rend incontestable le fait de l'absorption s'effectuant concurremment avec l'hypercrinie intestinale.

Par suite de cette absorption, on comprend les effets reconstituants des eaux salines purgatives qui, pour M. Gubler, représentent une sorte de lymphe minérale ; prises à petites doses, elles accroissent la richesse du sérum, elles augmentent la capacité du sang pour l'albumine et favorisent l'accomplissement des actes chimiques et organiques de la respiration et de l'hématose. Ainsi, elles rendent de grands services dans les diabètes albumineux et sucrés, les cachexies et l'anémie. Ce sont les eaux de Carlsbad et Kissingen, à l'étranger, et, en France, de La Bourboule, Saint-Nectaire, Médauge, Saint-Myon, Châteauneuf, Châtel-Guyon, etc. HENRI HUCHARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

ANALYSES.

Die Intestinalmykose und ihre Beziehung zum Milzbrand (La mycose intestinale et ses rapports avec le charbon), par le prof. E. WAGNER, de Leipzig. (*Arch. der Heilkunde, p.* 1.)

Les affections parasitaires de l'intestin sont démontrées aujourd'hui par un assez grand nombre d'observations pour pouvoir prendre place dans le cadre nosologique. Le travail de Wagner a pour but de démontrer la connexion intime qui existe entre cette affection, désignée sous le nom de mycose intestinale et la pustule maligne ou charbon. Sept cas, observés par l'auteur, font voir que la mycose intestinale, se produit dans les mêmes conditions que le charbon, et qu'elle se manifeste en même temps que la pustule, ou même sans la production de cette lésion cutanée. Dans presque tous ces cas, suivis de mort assez rapidement, l'examen nécroscopique a été fait avec le plus grand soin et a fait découvrir des bactéries sous toutes les formes dans presque tous les organes.

La muqueuse stomacale est le moins souvent infectée ; dans six cas sur sept elle était tout à fait normale. Dans l'intestin grêle, ce sont les replis et les insertions mésentériques qui présentent le plus de parasites ; le gros intestin est plus fortement atteint à son origine que dans les parties inférieures ; mais on ne trouve pas de localisation analogue à celles qui caractérisent la fièvre typhoïde, la dyssenterie, la tuberculose, etc. C'est généralement à l'épithélium que le parasite s'attaque en premier, puis il passe dans le tissu de la muqueuse, soit sur les papilles, soit dans l'interstice des glandes en tubes. Ces dernières peuvent en être remplies complétement, mais ce fait est rare. Une fois bien fixé dans la muqueuse, le parasite passe dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins où il occasionne de l'hyperémie et des hémorrhagies. Il n'est pas facile de déterminer la manière dont se fait ce passage dans les vaisseaux, et par conséquent les hémorrhagies consécutives à cette introduction ne peuvent pas être expliquées d'une manière certaine. Qu'il y ait congestion hémorrhagipare, ou lésion des parois vasculaires, ou production de thromboses, un fait certain, c'est que ce passage

des parasites dans les vaisseaux amène un trouble considérable dans la circulation, et ce trouble se manifeste consécutivement par l'infiltration séro-purulente de la muqueuse et par la fragilité extrême de cette tunique.

Tous ces processus de la muqueuse s'étendent à la tunique immédiatement sous-jacente où se produisent les hémorrhagies et les exsudations les plus abondantes. Dans cette tunique les exsudations sont, en général, de nature fibrino-purulente, mélangées de sang. La tunique musculeuse s'affaiblit considérablement par suite de ces lésions et elle éprouve, dans certains endroits, une dilatation considérable. Le reste de la muqueuse digestive présente toutes les altérations d'un catarrhe intense.

Le péritoine est hyperémié même en des endroits qui ne correspondent pas à des parties malades de l'intestin, et l'on trouve dans sa cavité une assez grande quantité d'éléments parasitaires. Ceux-ci pénètrent même dans la cavité rétropéritonéale en passant par le mésentère et le mésocolon.

Les parasites engagés dans le système vasculaire sont transportés dans les ganglions lymphatiques du mésentère et du mésocolon où ils produisent les mêmes accidents hyperémiques, hémorrhagiques, exsudatifs et néoplasiques. Il est remarquable que les origines et les branches de la veine porte n'aient pas présenté, dans les cas de Wagner, les agglomérations considérables de parasites qui ont été notées par Buhl et Waldeyer.

Le sang présentait, outre une diminution de la fibrine, une quantité variable de bactéries filiformes et une agglomération de globules blancs.

Le cerveau n'était altéré que dans deux cas, et les altérations étaient évidemment de nature embolique. Les autres organes ne présentent rien de caractéristique ; on y trouvait principalement de l'hyperémie, des hémorrhagies dans le poumon, de la dégénérescence albumineuse ou albumino-graisseuse dans les reins. Un fait important, c'est que la rate n'était pas toujours malade et, dans les cas où l'on y avait constaté des bactéries, le parasite ne se trouvait pas en quantité considérable.

Comme les cas dont il s'agit se rapportent à des individus qui ont travaillé les crins et autres produits animaux, il est hors de doute que les parasites sont provenus de ces matériaux.

Déjà Trousseau (*Gaz. méd.*, 1847, n° 4) insiste sur la fréquence du charbon chez les ouvriers qui travaillent le crin du cheval de Buenos-Ayres. Waldeyer, Neyding et Münch ont signalé des affections semblables chez des fabricants de brosses et chez des employés d'abattoirs. Les faits cités par Wagner se rapportent à des selliers qui ont manipulé des crins venant de la Russie, et notamment de la Sibérie, d'où l'on expédie ces matières dans un état de saleté remarquable.

Aussi l'auteur admet-il que les malades en question avaient introduit le germe de leur affection par les voies digestives, en mangeant au milieu de leur travail. Dans un seul cas, on a trouvé uue pustule maligne qui présentait au microscope les mêmes bactéries que l'intestin du malade. On pouvait donc, dans ce cas seulement, admettre la possibilité de l'introduction du parasite par la peau. Le charbon intestinal ne serait pas analogue aux affections générales produites par la pustule maligne de la peau; car, dans ces derniers cas, on trouve des abcès métastatiques caractéristiques de la pyémie, ou bien des symptômes d'infection septicémique. L'auteur conclut de ces faits qu'il existe dans l'intestin comme sur la peau, une maladie spéciale produite directement par des parasites, et qui est identique à la pustule maligne.

KLEIN.

On the changes in the liver which follow ligature of the bile ducts (Des altérations du foie consécutives à la ligature des conduits biliaires), par le Dr J. WICKHAM LEGG. (*St. Bartholomew's Hospital Reports, vol. IX,* 1873, *p.* 161.)

Ce travail contient l'exposé de seize expériences pratiquées sur des chats. L'auteur a donné la préférence à cet animal parce qu'il résiste mieux que le chien aux vivisections. Trois des chats dont il s'agit sont morts consécutivement au prolapsus des intestins, l'un six jours et les deux autres quatre jours après l'opération. Un autre, ayant subi, le sixième jour, la piqûre du plancher du quatrième ventricule, a succombé le neuvième jour. Chez les douze animaux restants, rien n'est venu déranger l'évolution des phénomènes, et, pour dix d'entre eux, la durée de la survie a varié de deux à dix-neuf jours; quant aux deux autres, sacrifiés le vingt-septième et le vingt-neuvième jour, l'autopsie a montré, sur le premier, l'existence d'un canal secondaire qui se détachait du cholédoque au-dessus de la ligature pour aboutir à l'intestin, et, sur le second, une section du conduit par la ligature qui était cependant restée à sa place, de sorte que la bile avait cheminé en dehors du nœud jusque dans le duodénum.

Comme dans les faits d'Heinrich Mayer, et contrairement à ce qu'ont vu Tiedemann et Gmelin, Leyden, Golowin, la teinte ictérique des conjonctives n'est survenue qu'à la longue: ce qui tient, suivant l'auteur, à ce que Mayer opérait aussi sur des chats, tandis que les autres se sont servis de chiens, animaux particulièrement propres, dit-on, au développement expérimental de l'ictère.

Wickham Legg n'a pas essayé de déterminer à quel moment la matière colorante de la bile s'est montrée dans l'urine, et cela

parce que, chez les chats et les chiens, ce fluide renferme normalement du pigment biliaire en plus ou moins grande quantité.

Les animaux ont conservé l'appétit, ce qui ne les a pas empêchés de dépérir. Ils ne paraissent pas avoir eu de convulsions, et n'ont présenté de coma qu'à leurs derniers moments. Si insignifiantes furent, dans tous les cas, la péritonite et la suppuration, qu'il faut chercher ailleurs la cause de la mort. Quoi qu'ait dit Leyden, celle-ci ne saurait être expliquée par l'addition de la jaunisse à la péritonite, car un des sujets en expérience a succombé, sans traces d'ictère, le dix-huitième jour, une seule branche du canal hépatique ayant été liée. D'après l'auteur, ce sont probablement les altérations survenues dans le foie qui ont rendu la vie impossible : en traitant l'organe hépatique par l'iode, on n'y a trouvé presque aucune trace de glycogène, et, d'autre part, l'extrait aqueux de cette glande ne contenait pas de sucre. Enfin la piqûre du quatrième ventricule, faite, dans un cas, le sixième jour après l'opération, n'a point déterminé de glycosurie. Or, on sait combien le rôle joué par le glycogène importe à la nutrition.

Le tissu connectif du foie, examiné au microscope, a été trouvé augmenté. On peut constater cette augmentation quelques heures après la ligature des conduits, et elle se poursuit aussi longtemps que survit l'animal. De nombreux corpuscules lymphoïdes, étroitement semblables à des leucocythes, existaient dans le connectif nouvellement formé, surtout dans la tunique fibreuse hypertrophiée des vaisseaux.

D'où vient cette production surabondante de tissu connectif ? Wickham Legg la rapporte à l'action de la ligature sur la tunique fibreuse des conduits, laquelle tunique se développe la première et devient le point de départ d'une hypertrophie de la capsule de Glisson. La ligature de la veine porte aurait, d'après Solowieff, les mêmes conséquences.

Atrophiées et infiltrées de graisse, les cellules du foie n'ont jamais été ni dissoutes ni détruites. L'altération était d'autant plus prononcée que la vie avait duré davantage. L'auteur n'a point vu que le pigment fût plus abondant ; il n'a pas rencontré non plus les moules des conduits capillaires de la bile, moules signalés par Oscar Wyss et Meyer.

Cette conservation relative des cellules après la ligature des canaux excréteurs du fluide hépatique porte un nouveau coup à la théorie de von Dusch relativement à l'atrophie jaune aiguë du foie. S'il est vrai que les voies biliaires soient parfois obstruées dans cet état morbide, il ne l'est point que la bile puisse dissoudre les cellules, et la dissolution des cellules est, aux yeux de presque tous les pathologistes, le trait caractéristique de l'affection. Dans l'atrophie qui débute Winiwarter a bien noté une prolifération du connectif pareille

à celle qui suit la ligature, mais là s'arrêtent les similitudes, et les phénomènes ultérieurs sont tout autres.

En fait d'altérations pathologiques, c'est l'obstruction congénitale des canaux biliaires hors du foie qui ressemble le plus à l'oblitération provoquée expérimentalement. Les observations, du reste peu nombreuses, qui en ont été publiées contiennent la mention d'une hépatite interstitielle, autrement dit d'une hypergénèse de la capsule de Glisson, dont les effets sont comparables aux suites de la ligature.

P. GINGEOT.

Untersuchungen über den fieberhaften Process und seine Behandlung (Recherches sur le processus fébrile et son traitement), par H. SENATOR. (*In-8° de* 208 *pages, Berlin,* 1873.)

L'auteur est un de ceux qui, dans ces dernières années, ont été le plus activement mêlés aux débats toujours pendants touchant la nature et le mécanisme de la fièvre. Ce mémoire résume ses travaux antérieurs sur ce sujet, publiés dans les derniers volumes des Archives de Virchow ; il renferme, en outre, un grand nombre de recherches nouvelles et constitue la monographie récente la plus importante touchant cette grande et capitale question de la fièvre.

I. — L'introduction consiste en un exposé historique rapide des phases par lesquelles a passé la question dans ces derniers temps et pose nettement les termes du problème. C'est une vérité devenue banale aujourd'hui, que la fièvre consiste surtout en une élévation exagérée et durable de la température. Mais quelle est la cause de cette élévation ? A cet égard, deux opinions sont en présence. Pour les uns, elle résulte uniquement d'une augmentation de la production de chaleur, due elle-même à une exagération des combustions intimes. Liebermeister, surtout, s'est fait le champion de cette manière de voir. Pour lui, les conditions qui président à la distribution, à la « régulation » de la chaleur, sont les mêmes chez l'homme sain et chez le fébricitant ; seulement chez ce dernier, les combustions s'effectuent de telle sorte que la température tend à se maintenir à un degré constant plus élevé qu'à l'état physiologique. L'organisme du fiévreux se rapproche donc, sous ce rapport, de celui d'un oiseau, par exemple, dont la température constante est d'environ 40°.

L'opinion opposée appartient à Traube, qui l'a émise il y a une dizaine d'années. Il considère l'élévation fébrile de la température comme étant due à la contraction spasmodique des artérioles cutanés et à la diminution de la perte de calorique qui en résulte.

Une opinion mixte a été formulée par Leyden et par Botkin.

Selon Leyden, les combustions intimes sont exagérées dans la fièvre, ainsi que la perte de calorique par conduction et par rayonnement, mais l'évaporation d'eau est diminuée et une grande source de dépense de chaleur est ainsi supprimée. De même, Botkin admet une augmentation des combustions intimes et une rétention de l'eau dans l'économie comme étant la double cause de la chaleur fébrile.

Nous verrons que c'est également à une opinion éclectique que Senator sera conduit à la suite de ses expériences personnelles dont voici la substance.

II. — Ces expériences ont été pratiquées sur des chiens. Elles avaient pour but d'étudier les variations de la combustion intime (Stoffwechsel) et de la dépense de chaleur chez l'animal à l'état sain et à l'état fébricitant. On provoquait la fièvre chez le chien en lui injectant sous la peau du pus frais provenant d'un catarrhe bronchique ou pharyngien, à la dose d'un ou deux centimètres cubes par kilogramme d'animal. On détermine ainsi une fièvre assez intense et qui tue généralement l'animal au bout de 3 ou 4 jours. Il importe d'éviter l'injection de pus fétide à cause de la diarrhée qu'il détermine. Du pus louable provenant d'un abcès provoque une fièvre de 1 à 2 jours de durée qui se termine habituellement par la guérison.

On a soin de comparer les résultats obtenus sur un animal rendu ainsi fébricitant avec ceux fournis auparavant par le même animal à *l'état sain et dans l'abstinence.*

Pour obtenir une notion exacte des variations des échanges moléculaires et de la production de chaleur chez l'animal à l'état de santé (avec abstinence) et, chez le même animal, à l'état fébrile, il fallait déterminer les variations du poids du corps, celles de la quantité d'urine, du poids de l'urée et de la proportion d'acide carbonique et de vapeur d'eau dégagés par les poumons et la peau, celles enfin de la quantité de chaleur dégagée. Nous sommes obligé de renvoyer au mémoire original pour la description exacte de la technique expérimentale. La difficulté consistait surtout à déterminer la proportion d'acide carbonique et de vapeur d'eau exhalée et la chaleur dégagée par l'animal. Senator s'est servi dans ce but d'un calorimètre disposé de façon à servir en même temps d'appareil à respiration.

Le calorimètre employé consiste essentiellement en deux boîtes de cuivre concentriques, dont l'interne reçoit le chien en expérience et l'externe l'eau que l'animal est destiné à échauffer. La quantité de chaleur abandonnée par l'animal se compose de celle qu'il communique au calorimètre, de celle qui est entraînée par l'air respiré et par la vapeur d'eau exhalée, enfin de celle que le calorimètre abandonne par rayonnemement à l'air ambiant. On trouvera pareillement dans l'original tous les détails de précautions et de calcul nécessaires pour obtenir exactement ces données. La circulation de l'air dans la boîte intérieure est assurée à l'aide d'un aspirateur ou d'une pompe de Bunsen. La température de l'air à son entrée et à sa sortie est exactement notée, ainsi que sa richesse en acide carbonique et en vapeur d'eau.

Pour éviter que l'animal sain ne se refroidisse, l'eau du calorimètre au début de l'expérience doit être à la température de 26 à 29°; si l'on veut

que l'animal *fébricitant* maintienne sa température initiale, il faut employer une eau marquant quelques degrés de plus.

Il importe aussi d'avoir, de longue date, habitué les animaux à séjourner dans la boîte du calorimètre.

L'auteur a consigné dans des tableaux dressés avec beauconp de soin les chiffres obtenus et qui représentent la quantité d'air et d'acide carbonique excrétée, celle de vapeur d'eau éliminée, le nombre de calories abandonnées par le chien à l'état sain et à l'état fébricitant. Voici les conclusions principales que l'on peut tirer de ces chiffres, qui paraissent recueillis consciencieusement et sans idée préconçue :

La formation et l'excrétion d'urée, ou, ce qui revient au même, la combustion des matières albuminoïdes est augmentée *dès le début* de la fièvre et pendant toute sa durée.

L'excrétion d'acide carbonique et de vapeur d'eau est au contraire diminuée au début (les premières heures) de la fièvre.

La *perte* de calorique (ne pas confondre avec l'élévation de la température du corps même de l'animal) est plutôt diminuée qu'augmentée au début du mouvement fébrile.

En résumé, au début de la fièvre, on constate une augmentation de la production d'urée qui ne s'accompagne pas d'une augmentation proportionnelle dans l'élimination de l'acide carbonique, de la vapeur d'eau et du dégagement de chaleur.

Ce n'est que dans les périodes ultérieures de la fièvre que l'on constate une augmentation de ces dépenses et de la perte du poids de l'animal fébricitant, comparativement à l'animal sain.

Pour ce qui est de la *quantité* d'urine, elle est diminuée au début, mais bientôt elle dépasse la normale (chez le chien), ainsi que Naunyn l'avait déjà signalé.

Cette augmention dans la production et dans les dépenses organiques ne suit pas une marche régulière, présentant une période ascendante, puis d'état et de déclin. Il y a de nombreuses oscillations nullement fortuites ni occasionnelles, mais paraissant faire partie de l'essence même de l'acte fébrile. Ces écarts s'observent pour la quantité de chaleur dépensée, pour l'acide carbonique exhalé et même pour les pertes insensibles.

D'une manière générale, ces résultats concordent assez avec l'idée que l'on se fait habituellement du processus fébrile. Les chiffres de Senator signalent une augmentation dans la dépense, et partant dans la production de la chaleur et des déchets organiques. Le tout se produit éloquemment par la perte de poids, « la consomption », bien plus forte chez l'animal fébricitant que chez l'animal simplement à jeun.

Mais ce qui ressort aussi de cette étude, c'est que les diverses pertes qu'éprouve l'économie fébrile ne marchent *pas parallèle-*

ment. La courbe de l'urée est différente de celle de l'acide carbonique, de celle de la perte de poids, etc.

Ces faits comportent deux explications. Ou bien tous les produits de désintégration n'augmentent pas dans la même mesure, ou bien l'excrétion d'un certain nombre d'entre eux ne se fait pas au prorata de leur formation et leur permet de séjourner un temps plus ou moins long dans l'organisme. Dans ce dernier cas, ce qui caractériserait la fièvre, ce serait moins le trouble de la production que celui de l'emmagasinement et de l'excrétion des déchets organiques.

Il importe donc, pour la saine interprétation des faits, d'étudier non-seulement la dépense, l'excrétion des produits ultimes de la nutrition, mais aussi leurs conditions d'accumulation dans le sang et dans l'économie en général, et cela à toutes les périodes de l'acte fébrile.

C'est ainsi que nous avons vu que l'*urée* est excrétée en excès dès le début et pendant toute la durée de la fièvre. Est-ce le résultat d'une simple augmentation de l'excrétion et non de la production, en d'autres termes, « la réserve » d'urée de l'économie est-elle uniquement entamée? Mais les recherches de Meisner et de Gschleiden montrent que cette réserve n'existe point et que dans aucun cas, à moins de lésions rénales, le corps tout entier ne contient plus de 1/2 à 1 gramme d'urée. Dans la fièvre, c'est donc bien à une production exagérée d'urée que nous avons à faire ou, ce qui revient au même, à une destruction exagérée de matières albuminoïdes.

Un point très-important qui se dégage des chiffres recueillis par Senator, c'est que dans la fièvre la proportion d'acide carbonique est à peine augmentée d'une façon absolue, et surtout qu'elle n'est nullement comparable à l'augmentation énorme de la quantité d'urée.

Cette augmentation dans la proportion d'acide carbonique exhalé, si tant est qu'elle existe, tient-elle, elle aussi, à une augmentation de la production ou à une exagération de l'excrétion seulement? Senator incline vers cette deuxième solution pour les raisons suivantes :

Dans la fièvre, l'*excrétion* de l'acide carbonique est favorisée : 1° par l'augmentation de la différence de température entre le corps et le milieu ambiant (on sait que la capacité d'absorption du sang comme de tout liquide pour l'acide carbonique est en raison inverse de la température) ; 2° Zuntz a démontré que dans la fièvre, les acides du sang augmentent ; ils expulsent donc une certaine proportion de l'acide carbonique *fixe* de ce liquide ; 3° l'accélération fébrile de la circulation et l'augmentation de tension des vaisseaux pulmonaires est une autre condition qui favorise le dégagement de l'acide carbonique ; enfin l'augmentation dans la fréquence des respirations

agit dans le même sens. Vierordt en effet a depuis longtemps mis en lumière « l'influence de la ventilation pulmonaire » sur le dégagement d'acide carbonique ; en doublant le nombre de ses inspirations, il augmentait l'issue de ce gaz dans la proportion de 60 0/0.

En résumé, rien ne prouve que dans la fièvre l'augmentation du dégagement d'acide carbonique tienne à un excès de production; tout, au contraire, tend à faire admettre qu'elle résulte uniquement d'une élimination plus active.

Si ce fait est vrai, le sang d'un animal fébricitant doit être plus pauvre en acide carbonique que celui d'un animal sain. Senator a fait quelques analyses pneumatologiques dans ce sens avec la collaboration de Zuntz, et il a effectivement constaté que le sang de la fémorale d'un chien, qui à l'état apyrétique renfermait 28 0/0 (en volume) d'acide carbonique, n'en renferme plus, en pleine fièvre, que 23 0/0.

Pour ce qui est du troisième produit final de la combustion moléculaire, de l'*eau*, les chiffres obtenus par Senator prouvent que chez le *chien*, la perte d'eau est *augmentée* dans la fièvre, tant par la voie rénale que par les poumons et la peau. Cette exagération tient à l'augmentation de la tension artérielle, à l'accroissement de la proportion d'urée (qui stimule la fonction rénale), etc. C'est cette perte d'eau qui entraîne surtout après elle la diminution du poids des animaux fébricitants et condamnés à l'abstinence. Si on leur permet de boire, leur poids se maintient et peut même augmenter.

Le calcul suivant, mieux que des considérations générales, nous fera saisir les modifications que la fièvre apporte aux échanges moléculaires de l'organisme. Un chien bien portant, à jeun, rend dans les 24 heures, 7,08 d'urée et 67 grammes d'acide carbonique, ce qui équivaut à la combustion de 23 grammes d'albumine et de 10 grammes de graisse. A l'état fébrile, et pareillement à jeun, il rend dans les 24 heures, 15 grammes d'urée et 72 grammes d'acide carbonique qui proviennent de la combustion de 42 grammes d'albumine et de $10^{gr},2$ de graisse. La combustion de l'albumine a donc augmenté pendant la fièvre de 80 0/0 ; celle de la graisse n'a pas varié. Senator en conclut que dans la fièvre l'économie « s'appauvrit en substances albuminoïdes et devient proportionnellement plus riche en graisse. »

Pour ce qui concerne la *production et l'émission* de chaleur, voici les conclusions auxquelles arrive Senator : Pendant la durée de la fièvre, la température (rectale) de l'animal restant sensiblement constante, les quantités de chaleur émises sont tantôt supérieures, à d'autres moments inférieures à celle que l'on constate à l'état normal. Ainsi, il est certain que chez le chien, la fièvre purulente débute par une diminution dans l'émission (une rétention) de chaleur. Mais cette diminution est assez faible et peu durable ; elle ne suffit plus pour expliquer l'élévation de température du corps de

l'animal, ni surtout l'exagération dans l'émission que l'on constate à d'autres instants. Le processus fébrile ne peut donc pas se caractériser par une formule aussi simple que celle qu'on a essayé d'en donner ; il consiste en diminution et en exagération alternatives de la *production* comme de la *dépense* de calorique. Mais rien n'autorise, si l'on en croit les chiffres de Senator, à admettre que la quantité totale de chaleur développée et dégagée pendant toute la durée de la fièvre soit supérieure à celle que fournirait pendant le même temps le même animal, soumis aux mêmes conditions, la fièvre exceptée.

III et IV. — *Combustions fébriles et production de chaleur chez l'*HOMME. *Idée générale de la fièvre.* — Senator n'a guère fait de recherches personnelles sur l'homme ; aussi, cette partie de son mémoire est-elle surtout consacrée à l'examen critique des expériences faites au lit du malade par d'autres auteurs, et dont il compare les résultats à ceux qu'il a obtenus sur le chien. Les recherches de Leyden, d'Unruh, de Rosenstein ont établi que l'excrétion d'urée est plus que *doublée* pendant la fièvre ; chez l'homme la destruction des substances albuminoïdes est donc plus intense que dans la fièvre purulente du chien, où l'urée n'augmente au maximum que dans la proportion de 60 0/0.

L'acide carbonique, au contraire, d'après les chiffres de Leyden et de Liebermeister, n'augmente que de 20 à 30 0/0 au maximum.

Les analyses de Salkowski ont établi que la potasse excrétée pendant la fièvre dépasse de 4 à 7 fois celle que rend un sujet sain placé dans les mêmes conditions diététiques. Si l'on rapproche ce fait de l'augmentation dans les urines de la matière colorante, on peut conclure à une destruction exagérée de l'hémoglobine des globules rouges et des muscles. Cette conclusion s'accorde avec l'observation de Manassein qui a constaté (Voy. *Revue sc. méd.*, 1873, t. II, p. 473) la diminution de volume des globules rouges pendant la fièvre.

Quant à la déperdition d'eau pendant l'acte fébrile, celle qui se fait par les reins est certainement diminuée chez l'homme, contrairement à ce qui a lieu pour le chien dont les glandes sudoripares fonctionnent peu. Mais la perspiration cutanée est notablement exagérée pendant la période de chaleur, suffisamment pour compenser la rétention aqueuse qui a lieu pendant le frisson et par suite du peu d'activité rénale. Aussi Senator est-il d'avis qu'il faut renoncer à admettre, avec Leyden et Botkin, que la fièvre est accompagnée de rétention d'eau dans l'économie.

Des mensurations calorimétriques ont été pratiquées sur l'homme par un seul observateur, par Leyden. Son procédé consistait à recueillir toute la quantité de chaleur excrétée pendant quelques heures, successivement à l'état fébrile et à l'état apyrétique, par une portion limitée du corps, par une jambe, par exemple, et de

conclure de là à la dépense totale du corps. Senator considère ces résultats comme assez rapprochés de la vérité. D'après ces expériences, la chaleur émise pendant la fièvre est normale ou à peine augmentée pendant le frisson, notablement augmentée (de 70 à 100 0/0) pendant le stade de chaleur, et surtout pendant la défervescence critique (sudorale). Mais même à ce moment on constate des oscillations notables dans la quantité de chaleur émise, celle-ci étant tantôt excessive, tantôt modérée, et se rapprochant du chiffre normal.

Les variations dans la perte de calorique tiennent sans doute, chez l'homme comme chez les animaux, à des variations correspondantes de la réplétion des vaisseaux cutanés. Le rôle que joue la vascularité cutanée dans la régulation de la température est connu depuis longtemps. C'est ainsi que Landré et Jacobson ont montré que la simple section du sympathique de l'oreille d'un lapin, en paralysant les vaisseaux de cette région cutanée, suffit pour abaisser de 2 degrés la température de l'animal.

D'après Senator, le processus fébrile serait caractérisé, non-seulement dans le stade de frisson, mais encore pendant la période de chaleur, non pas par un état tétanique ni par un état paralytique des vaisseaux cutanés, mais par le passage subit et répété de ces vaisseaux de l'état de contraction à celui de relâchement. (V. *Revue sc. méd.*, 1873, t. I, p. 1012.)

Senator fait, à ce sujet, un nouvel appel à l'expérimentation. En examinant attentivement l'oreille de chiens et de lapins fébricitants, à l'œil nu ou à la loupe (chez le lapin, animal très-craintif, il employait une lunette d'approche, afin de ne pas influencer l'animal par sa présence), il constata les faits suivants: Pendant la période du frisson, les vaisseaux (artères) de l'oreille demeurent contractés; pendant la période de chaleur, ces mêmes artères, tantôt sont largement dilatées et pulsent énergiquement, tantôt tellement rétrécies qu'elles n'apparaissent plus que comme une ligne et que l'oreille est absolument ischémiée ; en un mot, on assiste à une augmentation exagérée des contractions rhythmiques des artères qui existent à l'état normal, ainsi que l'a montré Schiff.

Tout porte à croire que ce fait n'est pas particulier à l'oreille et se retrouve sur toute la surface de la peau. L'auteur en conclut, d'accord sur ce point avec Heidenhain, que, pendant la fièvre, l'excitabilité des nerfs vaso-moteurs, surtout des vaso-moteurs cutanés, est notablement augmentée, d'où ces alternatives brusques et en quelque sorte capricieuses de contraction et de détente vasculaires.

En résumé, l'élévation thermique constatée dans la fièvre reconnaît deux causes :

1° Une exagération de production de chaleur, tenant à une augmentation de combustion des matières albuminoïdes ; la combustion des substances ternaires, au contraire, ne varie point (de là,

d'après Senator, une accumulation de graisse dans l'économie, qui expliquerait, selon lui, la rapidité et la facilité des métamorphoses graisseuses pendant le processus fébrile).

2° Une rétention de la chaleur, par contraction et rétrécissement des artérioles cutanées. Cette contraction est durable et continue pendant le stade de frisson, mais elle se produit aussi pendant la période de chaleur, où elle alterne avec le relâchement.

V.— *Médications et méthodes antipyrétiques.*— Les considérations thérapeutiques qui terminent le mémoire sont plutôt théoriques que pratiques, et peuvent se résumer en quelques mots. D'après Senator, le traitement de la fièvre comporte 3 indications principales : abaisser la température, réparer les pertes d'albumine, modérer l'excitabilité exagérée des vaisseaux cutanés. La première et la troisième de ces indications lui paraissent le mieux remplies par l'emploi méthodique des bains froids, ou plutôt tièdes. Il recommande de ne pas recourir à des bains au-dessous de 25° centigrades, pour éviter le refoulement du sang vers les cavités splanchniques. Pour neutraliser en outre l'action constrictive du froid sur les vaisseaux, l'auteur a eu l'idée de couvrir, avant l'immersion, la plus grande partie du corps du sujet d'emplâtres rubéfiants, afin de paralyser les vaisseaux cutanés et d'augmenter ainsi la déperdition de calorique. Il propose, en outre, un procédé bien plus bizarre, qu'il dit avoir employé avec quelque succès sur un certain nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde : se basant sur ce fait expérimental que le vernissage abaisse notablement la température des animaux, il a recouvert la peau du cou et des membres de ses malades d'une couche de collodion, de solution de gomme, etc. Il a ainsi obtenu un abaissement d'un et même de deux degrés de température, sans inconvénient sérieux. Néanmoins il accorde lui-même que l'usage des bains tièdes constitue un moyen bien plus sûr et plus énergique pour arriver à ce résultat.

Quant à la réparation des pertes subies par l'organisme à la suite de la combustion fébrile, pertes qui, comme nous l'avons vu, consistent surtout en albumine et en sels de potasse, Senator, en s'appuyant sur les travaux de Voit, insiste surtout sur l'administration de la gélatine, sous forme d'extrait de viande, ou simplement de bouillon (riche en gélatine et en potasse).

La plupart de ces conclusions thérapeutiques paraîtront hasardeuses et, somme toute, peu nouvelles. Il n'en est pas ainsi de la partie purement physiologique et expérimentale de ce travail qui contient plus d'une donnée importante sur la marche des combustions intimes et sur l'économie de la chaleur dans le processus fébrile.

STRAUS.

On the infective product of acute inflammation (Du produit infectant de l'inflammation aiguë), par J. Burdon SANDERSON, professeur de physiologie pratique au collége de l'Université, etc. (*Medico-chirurgical Transactions, vol. LVI*, 1873.)

Élucider la pathologie de l'inflammation secondaire aiguë, tel est l'objet de ce mémoire qui figure parmi les résultats d'une enquête entreprise aux frais du département médical du Conseil privé. L'auteur s'est proposé de montrer : 1° que dans toute inflammation suppurative aiguë, les liquides exsudés manifestent des propriétés infectantes quand on les introduit soit dans le torrent circulatoire, soit dans le tissu cellulaire, soit enfin dans les séreuses ; 2° que ces propriétés se révèlent par une élévation de température et par le développement d'une inflammation secondaire ; 3° que l'élévation de température est le résultat direct de de la présence de l'agent infectant dans la circulation ; 4° que les inflammations secondaires sont aiguës ou chroniques, et que les caractères anatomiques, aussi bien que la durée, distinguent les unes des autres.

Sanderson reste dans le doute relativement à la nature de la substance qui donne aux liquides exsudés la propriété d'engendrer la fièvre. Dans le processus aigu accompagné de fièvre et d'inflammation intenses, on a évidemment affaire à une décomposition septique ; non-seulement la présence de bactéries dans le sang et dans les foyers inflammatoires, mais encore l'identité des symptômes avec ceux de la septicémie, justifient suffisamment cette interprétation. Mais il n'est pas encore prouvé que, dans l'infection chronique, l'agent irritant soit de même nature, car, bien qu'on trouve les intermédiaires entre les infections septicémiques les plus rapides et les processus traînants de la tuberculose, il ne résulte pas clairement de cette gradation que la même cause matérielle soit imputable à tous les degrés.

L'article est divisé en trois parties. A la première se rapporte une discussion sur la nature du processus phlegmasique : selon l'auteur, le phénomène primordial dans l'inflammation, c'est le trouble des actions vasculaires et l'exsudat qui en résulte ; quant à la germination (prolifération) des cellules, elle peut bien être directement l'effet d'une action irritante mécanique ou chimique d'où seront nées les modifications circulatoires, mais, dans l'immense majorité des cas, elle tient à la stimulation produite par l'exsudat que celles-ci ont déterminé. Le fait expérimental d'une germination cellulaire provoquée dans une partie saine par l'introduction d'un liquide exsudé donne de la force à cette manière de voir. Suit-il de là qu'entre l'inflammation simple et l'inflammation infectieuse ou contagieuse il n'y ait qu'une différence de degré, l'une et l'autre étant inoculables ? Sanderson s'efforce d'échapper à cette conséquence : la phleg-

masie simple, croit-il, diffère de la phlegmasie infectieuse par des caractères locaux, aspect, suppuration, de bonne ou de mauvaise nature, comme disent les chirurgiens ; de plus la première ne dépasse ni en durée ni en étendue les limites imposées par la cause productrice , tandis que la seconde amène une grave altération des fonctions vitales et devient le point de départ d'accidents phlegmasiques à distance (fièvre irritative, pyhémie, septicémie).

Quand on introduit des substances irritantes soit dans le péritoine, soit sous la peau, il se développe tantôt une maladie chronique de même apparence que la tuberculose, tantôt une maladie aiguë présentant les principaux traits de la pyhémie ; d'autres fois on trouve réunis ces deux états morbides. Ce n'est pas une raison pour regarder les deux processus comme identiques. Inocule-t-on une faible quantité du produit d'une inflammation chronique? l'animal se tuberculisera lentement ; l'inoculation est-elle faite, au contraire, avec une forte dose du produit d'une phlegmasie aiguë? des accidents pyhémiques rapides surviendront. Il y a bien, au début, germination cellulaire dans les deux cas, mais le développement et la durée viennent séparer des faits identiques à leur origine.

Le contagium n'est pas une substance dissoute. Selon toutes probabilités, les propriétés morbifiques sont liées aux microzymas toujours nombreux dans les liquides produits par les phlegmasies aiguës infectieuses. Pas plus que les microzymas de l'eau potable ordinaire, ceux dont il s'agit ne viennent de champignons ou n'en développent. Jamais champignon n'a été vu, par l'auteur, au sein des liquides infectants qu'il a examinés.

La seconde partie du mémoire contient la relation de certaines recherches préliminaires que l'auteur a faites en 1867 et 1868. Les expériences dont il s'agit ont pour but de comparer l'effet produit par l'inoculation de divers liquides pyhémiques ou septicémiques avec celui qu'on obtient en inoculant soit de petites portions de ganglions lymphatiques atteints d'induration chronique, soit d'autres produits d'infection lente. Les résultats de cette comparaison sont les suivants :

1° Lésions sous-cutanées.— *Inoculation d'un produit d'infection chronique.* Point d'abcès au siége de l'opération ou ailleurs, apparente guérison de la plaie, puis, après plusieurs semaines, apparition, sous la peau, d'un groupe de nodules demi-transparents. — *Inoculation d'un produit pyhémique.* Nodules prenant, dès l'abord, le caractère d'abcès, et accompagnés par des groupes d'abcès plus petits disséminés dans le voisinage ; ces collections sous-cutanées sont souvent les seules qui existent, même au bout de plusieurs semaines.

2° Lésions viscérales. — *Inoculation d'un produit d'infection chronique.* Foie exempt de nodules, uniformément augmenté en volume par le développement interstitiel d'une substance luisante et

demi-transparente ; même quand l'altération ne s'étend pas à la totalité de l'organe, les tissus nouvellement formés sont *infiltrés*, mais non disséminés. Poumons régulièrement semés de nodules gris demi-transparents. Ganglions lymphatiques plus gros qu'à l'état normal, atteints d'induration chronique fibreuse avec transformation caséeuse éventuelle ; les ganglions bronchiques, et surtout ceux qui sont tributaires du foie, peuvent être étudiés à ce point de vue, mais ils ne sont compromis que secondairement ; les ganglions répondant aux séreuses restent sains, les séreuses n'étant pas elles-mêmes enflammées.— *Inoculation d'un produit pyhémique*. Foie semé de nodules disséminés, fermes au dehors, purulents à l'intérieur. Exsudat pleurétique ou fausses membranes accompagnant les altérations pulmonaires. Les ganglions lymphatiques en rapport avec les séreuses phlogosées offrent une augmentation de volume et un ramollissement aigus.

3° Développement et mode de terminaison des deux processus.— Le contraste est ici encore plus marqué. L'inoculation d'un produit d'infection chronique ne donne souvent ni inflammation locale ni fièvre avant plusieurs semaines ; après ce temps, les symptômes sont d'abord purement physiques et ne s'accroissent que lentement; la santé apparente se soutient aussi longtemps que les lésions ne sont pas assez étendues pour arrêter l'activité fonctionnelle ; enfin la mort est d'ordinaire déterminée par l'explosion d'un processus aigu infectieux, de sorte qu'il ne faut pas attendre la fin naturelle des animaux si l'on veut rencontrer les lésions propres à l'infection chronique. La pathologie expérimentale paraît donc reproduire ce qui se passe dans la tuberculisation pulmonaire chez l'homme : de même que les animaux inoculés, les phthisiques sont tués, non par l'induration chronique, mais par l'inflammation infectieuse aiguë dont la première est la cause.

Enfin, dans la troisième partie de son travail, l'auteur expose en détail ses dernières expériences. Rapporter celles-ci à notre tour exigerait un espace dont nous ne pouvons disposer; mais voici les conclusions que pense pouvoir en tirer Sanderson :

1° La septicémie des pathologistes, c'est-à-dire l'inflammation intense et destructive accompagnée de fièvre maligne que la clinique et l'expérimentation montrent liées à l'existence, dans le liquide sanguin, d'une matière albumineuse putrescente, peut aussi résulter de l'introduction, dans le sang ou dans les séreuses, de petites quantités de liquides fournis par des tissus vivants présentant certains états inflammatoires ; et les états inflammatoires susdits ont les mêmes marques distinctives que l'inflammation d'origine septicémique.

2° La pyhémie (c'est-à-dire un état morbide général fébrile, moins virulent que la septicémie, accompagné d'inflammations disséminées nombreuses dont le caractère principal est de tendre à suppurer),

la pyhémie, disons-nous, est si étroitement apparentée à la septicémie, quant à l'origine et à la nature, que, de ce côté, il n'y a pas de distinction possible entre l'une et l'autre, et toutes les deux peuvent naître d'une inflammation purement traumatique, indépendamment de toute inflammation dérivée d'une phlegmasie pyhémique préexistante.

3° La pyhémie et la septicémie sont caractérisées par la présence de microzymas dans les liquides infectés, et l'intensité de l'infection est proportionnelle à l'abondance et à la forme de ces organismes : c'est ainsi qu'au processus le plus grave (septicémie), correspond l'existence, dans l'exsudat et dans le sang, d'une grande quantité de bactéries, tandis que, dans les cas plus chroniques, les microzymas affectent surtout la forme sphéroïdale et sont relativement peu nombreux.

Parmi les questions les plus importantes soulevées par ses recherches, l'auteur cite les rapports de la pyhémie avec d'autres états morbides, notamment avec l'inflammation ordinaire, et le lien qui unit la fièvre pyhémique ou infectieuse aux phlegmasies locales concomitantes.

La transition est très-ménagée entre l'inflammation traumatique simple et la phlogose pyhémique ou septique, mais on n'en doit pas conclure que les deux maladies sont seulement deux degrés d'un mal unique. La différence qui les sépare, c'est l'existence ou la non-existence d'un contage dans le sang ou dans les tissus. Tant que l'introduction dudit contage n'a pas eu lieu, la phlegmasie reste simple, et elle cesse de l'être dans le cas contraire, quelque minime que soit la quantité de substance infectante qui ait été introduite.

Ni dans le sang, ni dans les tissus, ni dans les sucs d'un animal sain on ne trouve de microzymas soit développés, soit en germe. Il y a lieu de croire que ces petits êtres sont apportés dans les liquides infectants par l'eau potable ou les autres fluides aqueux d'ordinaire en contact avec le corps. Si, en effet, le microscope ne révèle point de microzymas dans ces milieux, il est pourtant démontré qu'ils y existent en germe ou virtuellement. Pour infirmer cette vue, il faudrait prouver la génération spontanée des microzymas, ou faire voir qu'ils ne sont point spécifiquement les mêmes dans les liquides extrinsèques et chez les sujets infectés ; or une telle démonstration est encore à faire. Mais il ne suit pas de là que le contage ait primitivement une origine extérieure ; les microzymas peuvent le transporter d'une partie infectée à une partie saine ou d'un individu malade à un sujet bien portant, sans être eux-mêmes capables de le produire.

P. GINGEOT.

Ueber Diapedesis. Eine experimentelle Studie (Sur la diapédèse, étude expérimentale), par le Dr J. ARNOLD, de Heidelberg. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *LVIII*, *livr.* 2.)

PREMIÈRE COMMUNICATION.

Les recherches de Cohnheim et autres sur le passage des globules blancs à travers les vaisseaux n'ont guère servi à la doctrine des hémorrhagies. — L'auteur se propose ici d'étudier le mécanisme du passage des globules rouges à travers les parois des capillaires, ainsi que les métamorphoses ultérieures subies par ces globules.

Si on place une ligature suffisamment serrée autour de la veine médiane de la langue de la grenouille, les petites branches veineuses tributaires ne tardent pas à se transformer en cylindres rouge-violet, homogènes, bourrés de sang, tandis que les capillaires correspondants se hérissent de bosselures variables de volume, dont les unes sont des amas de corpuscules rouges extravasés, les autres des dilatations sacciformes remplies de globules.

Si, dans les vaisseaux dont la colonne sanguine est plus ou moins immobilisée par la ligature, il est facile de constater le fait du passage des globules, il est difficile, d'un autre côté, de concevoir le mécanisme et les diverses phases de cet acte. Pour les étudier de plus près, il faut relâcher la ligature afin de rétablir quelque peu la circulation, ou, tout en laissant la ligature serrée autour du tronc principal, on portera plus spécialement son attention sur le domaine capillaire voisin de celui qui est tributaire de la veine liée. Voici alors ce qu'on observera :

Les parois vasculaires présentent de nombreuses bosselures; les corpuscules rouges du centre sont animés de mouvements rhythmiques de va-et-vient; sur le contour marginal de la paroi, et indistinctement sur des points ectasiés ou non, on aperçoit de nombreux corpuscules rouges adhérents : les uns sont enfoncés dans la paroi par des prolongements très-courts, l'autre partie du disque flottant librement dans la lumière au gré du courant; les autres, plus avancés dans leur émigration, présentent leur segment extravasculaire plus volumineux, ou égal à la portion encore renfermée dans le vaisseau. — Ces deux segments sont réunis par un filament plus ou moins fin, enclavé dans la paroi; il peut être très-long, tellement long, tellement mince que le segment extravasculaire semble être indépendant du vaisseau, tandis que le fragment extravasculaire flotte plus ou moins loin du point de passage. Souvent on voit ce filament se rompre soit en dedans, soit en dehors du vaisseau, et des deux parties du globule, l'une est entraînée par la circulation, l'autre se perd dans le tissu ambiant. Tantôt

les deux segments conservent la forme de disques, et alors la partie qui se trouve enclavée dans la paroi est plissée ; tantôt et le plus souvent ils sont piriformes, à moins que cette forme ne soit contrariée par les influences ambiantes.

Au moment où un disque sanguin en voie d'émigration à travers la paroi se sépare de cette dernière, on voit un nouveau corpuscule s'implanter par une courte excroissance au point abandonné par le précédent, cheminer peu à peu vers le dehors, et, une fois qu'il est dégagé de la paroi, un troisième disque se fixer à la même place, parcourir les mêmes phases et être remplacé par un quatrième, un cinquième, et ainsi de suite. L'auteur a vu souvent cinquante disques et plus traverser ainsi la paroi au même point.

Au moment où le disque, parvenu au dehors, dégage le prolongement enclavé dans la paroi, celle-ci se trouve traversée au même point par un courant de sérum, qui dure jusqu'à ce que la lacune soit comblée par la diminution de la tension de la paroi ou la fixation d'un nouveau globule. L'auteur pense donner la preuve de cette sortie du sérum par des injections de cinabre. Constamment il trouve, après l'injection, du cinabre libre du dehors des vaisseaux, aux points où ceux-ci avaient été traversés par les disques sanguins, et au milieu de ces derniers.

Quant aux globules blancs, l'auteur a maintes fois constaté qu'ils traversent les parois aux mêmes points que les rouges, seulement en nombre bien moins considérable que ces derniers.

Ces phénomènes remarquables de diapédèse ont conduit l'auteur à étudier soigneusement la paroi vasculaire qui en était le siége. Pour cela il lie pendant 24 heures soit la veine médiane, soit les veines latérales de la langue de la grenouille; au bout de ce temps la grenouille est tuée par hémorrhagie et une solution de nitrate d'argent faible ($\frac{1}{100}$) injectée dans les vaisseaux de la langue. On constate alors sur les capillaires à travers lesquels ont passé les globules rouges un dessin endothélial qui se distingue de celui des vaisseaux normaux par l'existence de nombreuses taches sombres et de cercles, placés non à la surface des cellules mêmes, mais sur le trajet du ciment intercellulaire. Les taches sombres présentent ordinairement à leur centre un point plus clair ; quant aux cercles, leur contour circonscrit également une zone centrale, claire, le plus souvent encombrée de masses granuleuses.

Par de nombreuses injections de nitrate d'argent, de gélatine bleue, avec ou sans cinabre, l'auteur s'est convaincu que les cercles précédents ne sont point des pores dans le sens physique, mais de vraies ouvertures, tantôt libres, tantôt remplies par des masses granuleuses, et qui dans certaines conditions, comme celles créées par la ligature de la veine, peuvent laisser passer des globules rouges et blancs. — En outre, il n'hésite pas à donner aux taches ou point noirs la même signification : ce seraient des orifices plus

petits que les précédents, destinés, eux, à livrer passage aux parties liquides du sang ; il voudrait donner à ces derniers le nom de « stigmata », aux premiers celui de « stomata », avec la réserve que le stigmate est susceptible de se transformer en stomate, et inversement.

Après cette étude sur le mécanisme de la diapédèse, l'auteur s'en demande les causes, et il pense qu'à ce point de vue ses expériences sont de nature à donner une conception plus précise de ce phénomène.

Il est certain, selon lui, que quand le sang est plus ou moins immobilisé par la ligature, l'augmentation de pression joue un rôle incontestable dans les capillaires, siége de la diapédèse ; il faut, en second lieu, en attribuer un autre aux parois elles-mêmes qui, par leurs stomates (qui selon l'auteur préexistent à la diapédèse), se prêtent singulièrement à la sortie des hématies.

Dans les vaisseaux où le sang circule encore (telle qu'on les observe dans le voisinage des capillaires tributaires de la veine liée), les conditions sont différentes. La pression, ici, joue un rôle moins direct que dans les précédents cas, car autrement les globules blancs qui forment la couche pariétale du sang devraient sortir plus nombreux que les globules rouges. Le rôle le plus important revient ici, selon l'auteur, aux courants vers les parois (courants dont l'existance ne saurait être mise en doute, d'après ses expériences). Sans ces derniers, la déviation des globules rouges de l'axe du vaisseau est impossible, et il reste seulement à savoir si ce courant latéral correspond à un orifice de la paroi et quelle est la constitution de cet orifice. Or, si on considère qu'il faut un courant d'une certaine force pour faire dévier les globules, on rejettera l'idée de pores dans le sens physique. Si, de plus, on considère la fixation des corpuscules rouges sur le point de la paroi où se précipite le courant latéral, l'existence de stomates sur les capillaires injectés par le nitrate d'argent, la sortie par ces stomates de cinabre, de gélatine, l'enclavement de corpuscules rouges précisément en ces points, enfin l'identité des points de passage et des stomates, si on apprécie toutes ces circonstances, on est fondé à admettre que les courants latéraux qui font dévier le corpuscule rouge du courant central se portent vers et à travers les stomates, qui ne sont autre chose que les stigmates normaux élargis.

Donc, et comme conclusion, l'auteur pense que dans une hémorrhagie par diapédèse, les choses se passent ainsi. Par suite d'une augmentation de pression, les stigmates sont élargis et transformés en stomates ; au moment de l'ouverture un courant latéral se produit qui entraîne les corpuscules rouges et les cloue dans les stomates qu'ils oblitèrent. Quant à la force qui achève de les pousser au dehors, l'auteur fait intervenir l'action des corpuscules rouges du

courant central, favorisée par une diminution de la résistance de la paroi au point d'enclavement.

DEUXIÈME COMMUNICATION.

Dans ce deuxième mémoire, J. Arnold s'occupe des métamorphoses que subissent les globules rouges après la diapédèse.

Aussitôt après leur sortie des vaisseaux, les globules rouges changent de forme (ils sont discoïdes, piriformes, sphériques) et de siége (ils se transportent à des distances plus ou moins considérables du vaisseau qui les a fournis).

Les globules rouges sont tantôt isolés, tantôt réunis en groupe.

1° *Globules isolés.* — Le phénomène le plus intéressant qu'ils présentent est la disparition de la matière colorante.

Quand il s'agit d'un disque, la décoloration commence à l'un des pôles du disque et marche progressivement vers l'autre, de manière que la partie colorée dessine constamment une ligne convexe sur la zone incolore, claire, finement grenue. Quand la décoloration est achevée, noyaux et cellules tout à fait incolores s'atrophient et finissent par disparaître. Quelquefois la décoloration, arrivée au niveau du noyau, progresse plus vite au-dessous et au-dessus de ce dernier que sur les côtés, mais enfin elle finit toujours par envahir totalement le disque jusqu'à l'autre pôle.

L'auteur a vu encore la décoloration débuter soit sur l'un, soit sur les deux côtés du disque, soit enfin sur tous les points de la circonférence, pour marcher régulièrement vers le centre et finir par le noyau.

Dans les corpuscules transformés en sphères, en corps piriformes, la décoloration part à la fois de tous les points de la périphérie et finit par le noyau.

L'étude attentive de tous ces faits démontre suffisamment qu'il y a dans les corpuscules rouges deux parties distinctes : un stroma incolore, faiblement granuleux, et une matière colorante incorporée au stroma (démonstration faite depuis longtemps par Kunhe, Fr. Arnold et Rollet).

Ces corpuscules en voie de décoloration présentent, d'après la marche même de cette métamorphose, une partie centrale encore imprégnée de pigment sanguin, et une zone périphérique qui l'a perdu; celle-ci est claire et finement granulée; ils ressemblent donc tout à fait aux éléments que Rindfleisch et Preyer considèrent comme des corps amiboïdes renfermant des fragments de corpuscules rouges. L'auteur ne peut donner une semblable signification aux éléments qu'il a observés et dont il a suivi exactement toutes les phases de transformation.

2° *Globules réunis en groupes.* — Six, huit, douze disques se réunissent, prennent la forme globuleuse, et se rapprochent de plus en plus au point de se tasser. Puis, peu à peu, on voit apparaître

à la pépiphérie du groupe un liseré clair et finement grenu : c'est une sorte d'anneau mince dont les contours sont souvent irréguliers. Quant aux globules rouges renfermés dans l'anneau, leurs métamorphoses sont identiques à celles des globules isolés. Seulement, au fur et à mesure que les images colorées se retrécissent dans le groupe, le stroma incolore se met en continuité immédiate avec le liseré clair de la périphérie dont, du reste, il a toutes les qualités optiques. C'est ainsi que se forment de grands corps clairs, arrondis ou allongés, constitués par une masse finement grenue dans laquelle on retrouve encore, sous forme de granulation, les traces de la matière colorante des globules qui constituaient le groupe.

La transformation granuleuse et l'atrophie finissent par faire disparaître ces éléments d'une origine si singulière. Leur identité est complète avec ce que l'on considère aujourd'hui comme des cellules, et particulièrement des globules blancs du sang ayant absorbé des corpuscules rouges. Les recherches précédentes sont en opposition formelle avec cette hypothèse. Jamais l'observateur n'a vu les globules blancs du sang concourir à la formation de ces grands éléments : ceux-ci, au moins dans les hémorrhagies expérimentales de la langue de la grenouille, procèdent constamment de corpuscules rouges agminés autour desquels il se développe un anneau clair, et qui eux-mêmes sont remplacés par une substance semblable, au fur et à mesure que le pigment sanguin disparaît. La difficulté pour l'auteur est d'expliquer la formation de l'anneau et de la substance claire intra-annulaire. Il pense que l'un et l'autre sont le résultat de la confluence du stroma décoloré des corpuscules. On pourrait aussi admettre selon lui que l'anneau est constitué par une substance albuminoïde étrangère aux corpuscules rouges , car ceux-ci se trouvent contenus dans des espaces interstitiels préexistants qui charrient du protoplasma.

Dans ses recherches, l'auteur a assez fréquemment observé le phénomène de la pigmentation. Il consiste dans l'apparition, au milieu de la teinte rouge des globules, de taches brunes, qui, isolées d'abord, finissent par se réunir et produire des zones plus étendues et uniformément brunes : il peut survenir dans les corpuscules isolés comme dans ceux qui sont réunis en groupe, quel que soit d'ailleurs leur degré de décoloration; les corpuscules arrondis se présentent plus souvent que les disques. Le moment où commence la décoloration des globules rouges isolés ou agminés, et la durée de ce phénomène, sont très-variables. Quant au phénomène de la pigmentation, il est toujours tardif; l'auteur l'a presque constamment vu survenir vers la deuxième ou la troisième semaine.

L'auteur ne pense pas que les globules puissent rentrer dans les vaisseaux sanguins après en être sortis, au moins le résultat de son

observation est-il tout à fait négatif à ce sujet. Mais il n'est pas éloigné d'admettre la possibilité de leur retour par les voies lymphatiques (quoique aucun fait d'observation n'appuie cette supposition).

Dr KELSCH.

TRAVAUX A CONSULTER.

Offener Brief an Herrn prof. Axel Key, in Stockholm (Lettre publique au prof. A. Key sur l'inflammation), par STRICKER. (*Stricker's medic. Jahrbücher*, 1873, *Heft IV, p.* 496-504.)

Cette lettre est consacrée à défendre les vues émises par Stricker et Norris, en 1869, et deux ans plus tard par Stricker et Hensen, touchant l'inflammation expérimentale de la cornée chez les grenouilles.

La conclusion des observateurs viennois était qu'une partie seulement des cellules de la néoplasie inflammatoire proviennent du liquide sanguin ; l'autre partie résulte de la prolifération des cellules fixes de la cornée. Ils se basaient surtout, pour affirmer ce dernier fait, sur l'existence dans le foyer d'irritation de grandes plaques de protoplasma multinucléaires, douées de mouvements de locomotion amœboïdes. Ces résultats ont été contestés récemment par Axel Key et Wallis (Voy. *Revue des sc. méd.*, t. I, page 94), d'après lesquels ces plaques gigantesques ne résulteraient point de la différenciation nucléaire et de la *mobilisation* d'une cellule fixe de la cornée en voie de prolifération, mais au contraire de la fusion intime de plusieurs leucocytes émigrés. C'est proprement sur la nature et la véritable origine de ces plaques protoplasmatiques multinucléaires que se concentre tout le débat, car Key et Wallis les ont vues et les décrivent de la même façon que Stricker et Norris. La lettre de Stricker est surtout une œuvre de polémique et de dialectique, acerbe dans la forme, mais dont les arguments paraissent assez décisifs et montrent bien que cette question de l'origine des produits inflammatoires est loin d'être aussi radicalement résolue dans le sens exclusif de la diapédèse que le veut Axel Key. Stricker relève dans le mémoire du professeur de Stockholm un certain nombre de contradictions et d'assertions gratuites que nous ne pouvons reproduire ici. Mais il se dégage de ce débat ce point, que Stricker a constaté de visu l'accroissement, la multiplication nucléaire, la mobilisation, et finalement la segmentation (prolifération) des cellules fixes, étoilées de la cornée.

A. Key, au contraire, avoue lui-même qu'il n'a jamais observé le mode de fusion des leucocytes, fusion qui, selon lui, donnerait naissance à ces gigantesques cellules, dont l'existence n'est plus contestée.

Stricker décrit toutes les phases et les étapes successives d'un processus évident de prolifération ; Key, au contraire, ne fait qu'émettre une hypothèse ne reposant sur aucune observation précise. L'origine

autochthone de ces plaques multinucléaires paraît assez victorieusement ressortir de cette discussion qui, on le voit, porte sur le vif de la question de l'inflammation suppurative.

Les cellules *mobiles* que l'on rencontre dans un foyer purulent ne proviennent donc pas *uniquement* des leucocytes immigrés : le protoplasma des éléments fixes de l'organe phlogosé augmente de volume, s'ébranle, donne naissance à des plaques à noyaux multiples, et finalement se segmente en cellules identiques aux leucocytes issus des vaisseaux.

STRAUS.

Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus (Des modifications inflammatoires des cellules nerveuses du grand sympathique), par A. ROBINSON, avec une planche. (*Stricker's Jahrbücher*, 1873, *pp.* 438-404.)

Cette notice, trop laconique pour être claire, est consacrée à l'exposé de recherches poursuivies au laboratoire de Stricker, dans le but d'étudier les modifications que subissent les cellules ganglionnaires (nerveuses) du système sympathique dans les foyers inflammatoires. Meynert et Fleische ont signalé la prolifération inflammatoire des cellules nerveuses, mais pour le cerveau seulement, et encore ces faits avaient-ils été révoqués en doute par Stricker, Leidesdorf, et Jolly. De là l'intérêt de ces recherches.

L'auteur opérait sur des grenouilles ; il incisait l'abdomen, mettait à nu l'aorte, passait un fil à travers les tuniques de ce vaisseau, replaçait les intestins et refermait la paroi abdominale à l'aide d'une suture. L'animal était tué au bout de deux à sept jours, l'aorte excisée, lavée par le chlorure d'or, la glycérine, et examinée au microscope après dissociation préalable.

Les cellules nerveuses comprises dans la paroi phlogosée présentent une prolifération des plus évidentes, plus ou moins avancée, selon le moment de la mort des animaux. Les cellules ganglionnaires perdent leur aspect granuleux; leur protoplasma se segmente tantôt en totalité, tantôt partiellement seulement. Les prolongements que le protoplasma envoie dans les expansions de la cellule (prolongements de protoplasma, Deiters) subissent également cette segmentation. Il en résulte que l'enveloppe de la cellule nerveuse primitive renferme finalement un grand nombre de petites cellules qui ne tardent pas à traverser l'enveloppe pour s'infiltrer dans le tissu enflammé.

Il y aurait donc, d'après Robinson, une véritable prolifération des cellules ganglionnaires, aboutissant à la formation de nouveaux éléments de nature migratile.

Nous le répétons, cette note est trop condensée et peu compréhensible ; malheureusement, les figures qui l'accompagnent, peu nettes par elles-mêmes et sans aucune légende explicative, ne sont pas faites pour dissiper les obscurités du texte.

STRAUS.

Recherches sur le nombre des globules blancs du sang dans quelques cas de suppuration (leucémie de suppuration), par M. L. MALASSEZ. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série*, *t. VIII*, 1873, *p.* 625.)

L'auteur a déterminé dans chaque observation.

1° Le nombre des globules blancs par millimètre cube de sang (le sang étant pris au doigt par une piqûre d'épingle).

2° Le nombre des globules rouges sous le même volume et dans les mêmes conditions; ce qui lui a permis d'en déduire le rapport entre le nombre des globules blancs et celui des globules rouges.

A) *Amputations.* — M. Malassez a recueilli trois observations. Dans ces trois faits il a constaté une augmentatien du nombre des globules blancs, augmentation qui a disparu rapidement à mesure que la guérison s'est effectuée.

B) *Accouchement.* — 1° Le nombre des globules blancs de sang augmente rapidement, en quelques heures.

2° S'il ne survient aucun accident, le nombre des globules blancs diminue peu à peu pour revenir à son chiffre normal.

3° Tandis que s'il survient un abcès, s'il se produit de l'infection purulente, le chiffre des globules blancs reste élevé et peut même atteindre des proportions considérables.

On voit donc que la comparaison si souvent faite entre les amputés et les accouchées a bien sa raison d'être au point de vue tout au moins de la richesse du sang en globules blancs.

C) *Abcès.* — L'augmentation du nombre des globules blancs du sang se montre aussi bien dans les cas d'abcès froid que lorsqu'il y a plaie ou abcès chaud. « Ce qui nous porte, ajoute l'auteur, à penser que cette augmentation est peu influencée par la fièvre traumatique ou par la fièvre de suppuration, et qu'elle est surtout liée à la simple présence du pus dans l'organisme. » (Pour ceux qui admettent la théorie de Cohnheim, cette augmentation des globules blancs du sang est un fait normal.)

D) *Pleurésie purulente.*— Pour la pleurésie purulente, où il existe également une augmentation du nombre des globules blancs, M. Malassez fait voir que d'une manière générale le nombre des globules blancs du sang est plus considérable avant qu'après la ponction. De plus, quand on laisse un libre écoulement au pus, la diminution des globules blancs est plus accentuée et plus permanente que quand on referme la plaie.

L'auteur termine son travail par une discussion sur ce qu'il appelle la leucémie de suppuration; nous ne le suivrons pas dans tous ces détails; sa conclusion est: que l'étude de faits plus nombreux pourrait devenir d'une haute importance pour le diagnostic de la nature du liquide dans les tumeurs ou les collections peu appréciables. H. CHOUPPE.

Einwanderung farbloser Blutkörperchern in die Lymphgefässe der Froschzunge (Migration des corpuscules blancs du sang dans les lymphatiques de la langue des grenouilles), par le Dr THOMA, de Heidelberg; 46e réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 47, 24 *nov.*)

En injectant dans certaines conditions les lymphatiques avec une solution très-étendue de nitrate d'argent, au lieu d'une stase dans les vais-

seaux sanguins, on observe seulement un trouble de la circulation accompagné d'une sortie rapide des corpuscules blancs; pendant que la circulation se rétablit, on peut pendant un moment suivre le passage des globules blancs du sang à travers les stomates marqués par l'imprégnation au nitrate d'argent. On peut observer le même processus en rendant évidents les stomates au moyen d'une émulsion de cinabre avec 3/4 0/0 d'une solution de sel de cuisine. Les cellules migratrices qui contiennent le cinabre s'accumulent dans les stomates et peuvent être entraînées dans les lymphatiques; plus tard elles parviennent dans les lymphatiques du cou et de là dans le sang et les tissus. J. B.

Zur pathologischen Histologie der weiblichen Brustdrüse (Histologie pathologique de la glande mammaire de la femme), par T. LANGHANS. (*Virchow's Arch.*, 1873, *LVIII.*)

La manière dont se comporte le tissu propre de la glande dans les altérations de la mamelle a appelé l'attention de Langhans. A l'état normal la paroi sécrétante se subdivise en deux couches, une couche externe amorphe, une couche interne composée de cellules à noyaux fusiformes (quelquefois étoilées) et ayant un ou deux prolongements. L'on retrouve également dans les canaux excréteurs ces deux parties constituantes, et là, les cellules sont tellement pressées qu'on pourrait admettre un véritable revêtement endothélial sous-jacent à l'épiderme. Dans la dilatation pathologique des culs-de-sac glandulaires, l'on retrouve sous l'épithélium cylindrique les mêmes parties constituantes de la membrane propre; seulement les cellules sont plus grosses: elles font au niveau du noyau une saillie plus considérable dans la lumière de l'ampoule et apparaissent sur les coupes comme de petites éminences. Les cellules épithéliales siégent soit dans les dépressions séparant ces saillies, soit à cheval sur celles-ci, et montrent alors à leur base une dépression correspondante. Les cellules sous-épithéliales ont tantôt une apparence plus homogène, brillante, tantôt un aspect strié. Les ampoules glandulaires sont-elles oblongues et de la même largeur que le canal excréteur, dans ce cas les cellules fusiformes ont la même direction; sont-elles, au contraire, sphériques avec un canal excréteur étroit, alors les cellules ont une direction plus inclinée. Elles ne sont pas partout soudées ensemble, mais souvent écartées les unes des autres d'une distance égale à leur largeur, et entre elles l'on aperçoit la membrane amorphe que l'on peut peut-être considérer comme un produit des cellules. Dans plusieurs points les cellules sont plus modifiées, cubiques, riches de protoplasma, avec un gros noyau transparent, de sorte qu'elles peuvent simuler une couche inférieure d'épithélium. On voit donc que non-seulement l'épithélium, mais encore la membrane propre, contribuent à l'hypertrophie simple. La réunion des petites ampoules produit les grosses, car on voit dans l'intérieur de celles-ci des saillies lenticulaires ou papilleuses qui sont formés du même tissu cellulaire à fibrilles fines que la tunique adventice des ampoules; ce ne sont donc que des débris de parois. Ce qui le prouve encore, c'est la disposition des cellules

de la membrane propre, qui, n'étant pas parallèles dans des ampoules voisines, se réunissent sur la crête des saillies sous différents angles. Plus le processus avance, moins cette disposition est marquée; les cellules deviennent alors parallèles aux saillies. Par quel mécanisme disparaissent ces cloisons? cela est encore peu clair; cependant il es remarquable qu'à ce niveau les cellules épithéliales aussi bien que les cellules fusiformes prennent un développement plus considérable qu'à l'état normal. Ce n'est pas par une pression intérieure, car la communication avec l'extérieur est conservée, et les vaisseaux contenus dans les parois des ampoules comme dans les papilles sont régulièrement remplis.

Ces mêmes parties constituantes des parois se retrouvent aussi dans ce qu'on appelle les kystes d'involution, avec occlusion des conduits excréteurs, kystes qui possèdent également ces saillies, ce qui prouve qu'ils sont produits par la confluence des petites ampoules. Seulement les cellules fusiformes montrent dans ces cas de nouveaux changements, elles s'aplatissent davantage, se rejoignent par des prolongements et arrivent à former une membrane fenêtrée avec une striation longitudinale plus apparente, chacune d'elles prenant alors l'aspect d'un faisceau de fibrilles très-fines. Ce ne sont donc pas des fibres musculaires lisses que l'on rencontre alors, comme on l'avait cru.

La démonstration de la membrane propre pour établir la distinction de l'adénome et du cancer est très-importante, car aussi longtemps que l'on peut montrer autour des ampoules dilatées cette membrane intacte, on n'a pas affaire à un cancer. Il est vrai que dans les adénomes la membrane est encore très-tendre, la couche des cellules forme souvent une membrane homogène riche en noyaux, dans laquelle on ne voit que çà et là des cellules distinctes. (L'adénome est une tumeur à laquelle participe notablement le tissu glandulaire et qui contient certainement un stroma constitué par beaucoup plus de tissu cellulaire qu'il ne s'en trouve entre les lobules d'une mamelle normale.) La couche amorphe existe bien encore il est vrai, mais elle est si mince qu'il est difficile de la démontrer.

Il en est tout autrement pour le carcinome; l'auteur admet dans ce cas l'opinion de Köster qui croit que les traînées de cellules cancéreuses se subordonnent toutes dans un ordre déterminé, quoiqu'il les fasse provenir avec Waldeyer des ampoules de la glande. Il lui a donc été impossible de trouver des débris de membrane propre parmi les traînées de cellules cancéreuses provenant des ampoules oblongues dont nous avons parlé plus haut, tandis qu'il en a retrouvé dans celles qui provenaient des ampoules terminales sphériques.

Au début de la dégénérescence cancéreuse, alors que la lumière seule des ampoules dilatées est remplie de cellules cancéreuses, et plus tard lorsqu'on trouve soudés à elles des chapelets de cellules, on ne peut plus, il est vrai, voir la membrane amorphe, mais la couche des cellules est encore très-nette; cependant elle présente des saillies irrégulières, en forme de liseré formant des mailles qui comprennent une, quelquefois deux ou plusieurs cellules cancéreuses. Ces liserés apparurent, après une recherche attentive, comme la partie proéminente des cellules fusiformes, modifiées ainsi par la pression des cellules comprises dans les mailles.

Dans les tumeurs provenant du stroma (sarcome, fibrome, etc.), la cou-

che cellulaire de la membrane propre est intacte, ces néoplasies proviennent donc du tissu conjonctif interstitiel.

Dans les canaux excréteurs dilatés, les cellules fusiformes sont très-longues et très-larges, elles se tiennent aussi plus ou moins séparées l'une de l'autre ; par contre dans les rétrécissements l'on ne peut plus démontrer le revêtement de la couche épaisse de tissu conjonctif par les cellules de la membrane propre. H. CHOUPPE.

Recherches sur la pathogénie des tumeurs cystiques du sein, par M. CADIAT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, t. IX*, 49e *année*, 1874, *p.* 1 et *Journal d'anatomie et de physiologie de Robin*, *n*° 2, *mars et avril.*)

1° Les tumeurs cystiques du sein ne sont que des transformations des hypertrophies glandulaires. Dans ces tumeurs hypertrophiques il y a une génération de culs-de-sac, sans développement, parallèle des conduits galactophores. La formation de l'élément glandulaire entraîne comme conséquence la sécrétion. Le liquide sécrété ne pouvant s'écouler, il en résulte la dilatation de l'enveloppe qui le contient et la production d'une cavité kystique. Sur une même tumeur l'on peut suivre toutes les phases de transformation depuis le cul-de-sac jusqu'au kyste.

2° Les tumeurs, dites cystosarcomes, sont produites, soit par des bourgeonnements du tissu lamineux des cloisons dans les culs-de-sac dilatés, après que cette dilatation a atteint un certain degré, soit par le développement simultané des éléments glandulaires et des éléments embryonnaires du tissu lamineux. De là deux espèces de tumeurs. Dans tous ces kystes l'on trouve du lait, avec ses caractères anatomiques; c'est une preuve de leur nature glandulaire.

3° Les épithéliums des culs-de-sac subissent une série de transformations intéressantes. Semblables, dans les plus petites de ces cavités, à celui que l'on voit dans la mamelle pendant la grossesse, à mesure que le kyste se remplit de liquide et se constitue, les cellules épithéliales se gonflent, deviennent très-grosses, sans accroissement ni multiplication de leurs noyaux et passent à l'état vésiculeux. Un peu plus tard les noyaux eux-mêmes disparaissent, et ces éléments ressemblent alors tout à fait à des cellules végétales. Dans ces transformations ils peuvent prendre des aspects tels qu'on a pu les confondre à tort, par un examen superficiel, avec des cellules cancéreuses. Le liquide et les cellules contenus dans les kystes présentaient les mêmes caractères dans toutes ces tumeurs dites cystosarcomes, que l'auteur a eu l'occasion d'observer, et le kyste lui-même offrait dans son ensemble les modifications exposées plus haut. H. CHOUPPE.

Contribution à l'étude du développement du carcinome de la mamelle, par H.-A. d'ESPINE, de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris. (*Archives de Physiologie*, 1874, *n*° 1.)

Voulant étudier le développement d'une tumeur cancéreuse, M. d'Espine pratiqua une coupe sur les limites de la partie malade. Sur cette préparation, on voit, de dehors en dedans, du tissu conjonctif sain, puis

en se rapprochant du centre, le tissu conjonctif présente les modifications que l'on rencontre dans l'œdème simple. On passe ensuite dans la zone de prolifération, où les fibrilles de tissu conjonctif sont plus nombreuses et plus fines, et renferme des nids cellulaires formés par l'accumulation de deux ou trois cellules renfermant 2, 3 ou 4 noyaux. Enfin on arrive au tissu alvéolaire carcinomateux, dont les cellules ne renferment généralement qu'un noyau.

D'après cette préparation, la première phase du développement du carcinome dans le tissu conjonctif est la phase œdémateuse; cet œdème ne diffère pas anatomiquement de l'œdème que l'on produit expérimentalement. Puis vient la phase de prolifération, bientôt remplacée par la phase carcinomateuse proprement dite.

M. d'Espine se refuse complétement, en s'appuyant sur son examen microscopique, à voir là, comme le voudrait M. le professeur Waldeyer, le résultat de la prolifération des cellules épithéliales de la glande.

A. JOFFROY.

Studi clinici ed antropometrici sulla microcefalia ed il cretinismo, con applicazione alla medicina legale e all'antropologia (Études cliniques et anthropométriques sur la microcéphalie et le crétinisme, avec applications à la médecine légale et à l'anthropologie), par le prof. César LOMBROSO. (*Rivista clinica, de Bologne, juillet et nov.* 1873, *pp.* 193 *et* 333.)

L'auteur donne le résumé suivant de son travail :

1° L'étude anthropométrique du crétinisme et de la microcéphalie donne souvent des résultats curieux et parallèles. Maintes fois les anomalies de la voûte crânienne et des membres des microcéphales nous reportent au monde pithécien et peut-être même plus loin ; de même les anomalies des crétins avec la saillie des canines, l'horizontalité de l'os basilaire, l'état velu du front, l'aplatissement du palais et la disposition des membres nous reportent jusqu'aux derniers quadrumanes et aux derniers quadrupèdes. Le plus souvent le crétin présente certains caractères spéciaux aux races noires, tels que l'obliquité et l'état infundibuliforme des orbites, l'élargissement et la distance des deux orbites, le prognathisme, la rétraction du maxillaire inférieur, l'obliquité des dents canines, et sur le vivant la coloration foncée de la peau, la rudesse et la brièveté des cheveux, et ce qui est plus curieux les cheveux aplatis, comme chez le Hottentot, l'eurygnathisme de la race jaune, l'analogie entre les deux sexes.

Il est certain, d'autre part, qu'en ne tenant compte que du crâne, les caractères pithéciens paraissent dominer à la base du crâne chez les crétins, et à la voûte chez le microcéphale.

Mais ces coïncidences ne sont pas absolues, et comme le crétin possède souvent l'étroitesse du crâne du microcéphale, et le microcéphale le prognathisme et les anomalies dentaire du crétin, les uns et les autres peuvent ainsi être dépourvus des caractères pithéciens des nègres ou des quadrupèdes, et en montrer de purement tératologiques. De telles coïncidences, quelque contradictoires qu'elles soient, sont trop nombreuses et trop évidentes pour être niées ; elles servent à nous faire pé-

nétrer dans les recoins du passé, en reliant l'homme avec les anneaux les plus lointains de l'animalité.

Ces coïncidences servent aussi à nous indiquer, au milieu du chaos des lésions contradictoires, la place que les crétins occupent dans la nature, et cette place me paraît se trouver entre les races noires et les quadrumanes inférieurs !

2° La connaissance des reproductions du type nègre, fréquentes, bien qu'imparfaites, rend plus probable la démonstration de l'hypothèse émise plus haut, que la race blanche dérive d'un perfectionnement des races colorées. Les rapports plus grands avec les quadrupèdes et les quadrumanes inférieurs, qu'avec les primates pourrait servir à confirmer l'hypothèse suivant laquelle nous dériverions, avec les primates, d'un quadrumanes et peut-être d'un vertébré inférieur.

3° Ces analogies ont encore l'avantage d'expliquer en partie la genèse du crétinisme par un arrêt de développement à une époque de la vie fœtale, dans laquelle précisément nous reproduisons le stade des vertébrés inférieurs. BARÉTY.

Ueber das Gehirn von Idioten (Du cerveau des idiots), par BETZ, de Kiew.
(*Œsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, n° 27, 4 *juillet* 1873.)

Sur deux cerveaux d'idiots qu'il présente à la société des médecins de Vienne, Betz fait ressortir la disposition anormale de l'avant-mur. Au lieu de partir des gyrus præcentralis, comme sur un cerveau sain, il commence bien plus en arrière. Sur l'un de ces cerveaux, l'avant-mur se confond avec la substance grise de l'écorce et envoie ses prolongements dans l'opercule et dans la circonvolution temporale supérieure ; sur l'autre, il se confond avec la substance grise de l'insula, mais un peu plus en arrière il reparaît dans le second lobule temporal inférieur.

Dans le second de ces cerveaux se trouve un noyau gris spécial, d'où part le nerf optique ; les corps genouillés manquent ; la substance grise des ganglions centraux est disséminée au lieu de former un tout continu. H. TH.

Sur le pied d'homme à huit doigts, dit pied de Morand, note de M. A. LAVOCAT.
(*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 10 *nov.* 1873.)

Etudiant les dessins que Morand à joints à son mémoire (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1870) sur les anomalies des doigts de l'homme, et particulièrement sur un pied à huit doigts, M. Lavocat cherche à déterminer quels sont les doigts atteints de duplicature. Cette recherche avait déjà été faite par M. Deplanque (1869). M. Lavocat arrive à cette conclusion que le petit doigt, le doigt du milieu, et le gros orteil sont doubles : les deux premiers par bifurcation, le dernier par duplication du métatarsien correspondant. Il est à remarquer, que, d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, ces trois doigts sont précisément ceux sur lesquels la duplication a été constatée le plus souvent. M. D.

Nouvelles recherches sur l'origine et le mode de développement des monstres omphalosites, note de M. C. DARESTE. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 27 *oct.* 1873.)

Complétant un premier travail qu'il avait donné sur l'histoire des *monstres omphalosites* (Académie des sciences, 5 juillet 1865), M. Dareste montre comment la formation de ces monstres se rattache aux diverses phases du développement de l'embryon normal.

Partant de ce principe que, d'une part, l'embryon peut s'arrêter et se compléter dans chacune des phases de son développement et que, d'autre part, l'arrêt de développement d'une des parties n'entraîne pas celui des parties qui se forment ensuite, M. Dareste montre que si l'embryon s'arrête dans sa première forme, celle d'un disque circulaire, placé au centre du blastoderme, et s'il continue à s'accroître dans cet état, on voit apparaître les *anides*, simples masses de tissu cellulaire, recouvertes d'une peau complétement formée. Un peu plus tard se produiront les *péracéphales* et les *acéphales*, puis les *hétéroïdes* (décrits par Pictet), etc. Ces sujets, plus ou moins incomplets, sont surtout intéressants à étudier au point de vue des monstres doubles ou *parasitaires* (Is. Geoffroy Saint-Hilaire), quoiqu'ils présentent presque tous les types des *monstres omphalosites :* c'est que lorsque deux embryons se développent sur un même blastoderme, il arrive très-fréquemment que l'un des deux est frappé de l'un quelconque de ces arrêts de développement. Or, si les deux frères jumeaux viennent à se souder, la vie du monstre peut d'autant mieux se prolonger au delà de son origine, grâce à la vie de l'autre individu, dont il emprunte, par les connexions vasculaires, la circulation vitelline et plus tard la circulation placentaire. En un mot, « si les deux frères jumeaux se développent isolément, n'ayant qu'une union médiate par le vitellus ou la vésicule ombilicale, on aura un sujet bien conformé et un *monstre omphalosite*. Si les deux frères jumeaux viennent à se souder, on aura un *monstre double parasitaire*. Tout dépend de la position plus ou moins rapprochée des deux embryons sur le même blastoderme. »

M. DUVAL.

Mémoire sur la tératologie expérimentale, par M. C. DARESTE. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences,* 3 *nov.* 1873.)

Grâce aux recherches expérimentales de M. Dareste, la tératologie ne se bornera plus à décrire et à classer des types monstrueux ; l'auteur est parvenu, en reprenant les mémorables expériences de Geoffroy Saint-Hilaire, à créer les objets de ses recherches et à soumettre aussi à l'observation directe l'évolution de la plupart des types de la monstruosité simple.

Il a employé dans ce but quatre procédés : la position verticale des œufs (soumis à l'incubation artificielle) ; la diminution de la porosité de la coquille par des enduits plus ou moins imperméables, le contact de l'œuf avec une source de chaleur dans un point voisin de la cicatricule ;

enfin l'emploi de températures un peu supérieures ou un peu inférieures à celle de la circulation normale.

Les effets obtenus dans ces circonstances ne peuvent pas toujours être prévus d'avance.

Les principales conclusions auxquelles arrive l'auteur sont les suivantes : les monstruosités ont toujours leur origine dans cette période de la vie embryonnaire où l'embryon est entièrement constitué par des blastèmes homogènes ; l'arrêt de développement est le procédé général de la formation des monstruosités simples ; les arrêts de développement de l'amnios déterminent, selon les parties qui sont atteintes, la *cyclopie*, la *symélie*, la *célosomie*, etc ; l'arrêt de développement de l'aire vasculaire détermine l'anencéphalie ; les monstres doubles, chez les oiseaux, ne proviennent jamais de la soudure de deux vitellus primitivement distincts, mais de deux embryons développés sur une cicatricule unique et enveloppés d'un même amnios.

Ces recherches acquièrent un grand caractère de généralité, quoique faites uniquement sur des oiseaux, vu l'identité des types tératologiques pour les mammifères, les oiseaux et les poissons, identité qui est une conséquence nécessaire de l'unité du type des animaux qui appartiennent à l'embranchement des vertèbres.

M. DUVAL.

Missstaltungen an Rumpf und Extremitäten von Idioten (Difformités du tronc et des extrémités chez les idiots), par le prof. Ludwig MEYER. (*Centralblatt*, 1873, *p.* 721.)

L'auteur a surtout étudié un cas qui existe à l'hôpital de Gœttingen. Il fut frappé d'abord de l'étrangeté de certains mouvements et de certaines attitudes qui rappelaient à s'y méprendre le singe anthropomorphe. Des recherches plus précises pratiquées sur ce sujet, ont amené les résultats suivants : d'abord la forme générale du corps chez les idiots est la même que chez les enfants et dans les races inférieures. Quand un idiot est debout et qu'il veut regarder en face il lui faut rejeter la tête en arrière, ce qui démontre que le trou basilaire est relativement vertical comme chez les tout jeunes enfants. Dans cette position la colonne vertébrale est complétement droite et ordinairement elle forme un arc simple légèrement convexe en arrière. Les omoplates sont déjetées en dehors et en avant, entraînant avec elles l'articulation scapulo-humérale, d'où il résulte que les bras pendent en avant, légèrement croisés.

La préhension des aliments et l'action de les porter à la bouche se font toujours à pleine main et avec élan ; le pouce est à peine employé. En marchant, l'idiot s'appuie surtout sur les bords externes des pieds, les genoux, les hanches sont donc modérément fléchis. L'avant-bras est trop long par rapport au reste du corps, qui est normal ; la jambe est trop courte, la main et le pied trop petits. Ce qui paraît le plus anormal c'est la main ; l'éminence thénar et l'éminence hypothénar sont peu développées ; 4 doigts courts, ce qui est surtout frappant pour le pouce. Les phalangettes sont larges et en massue, ayant une longueur qui laisse à peine de place à l'ongle, la préhension délicate ne peut donc se faire.

L'absence de microcéphalie dans le cas analysé par M. Ludwig Meyer permet de croire qu'il n'y avait pas d'arrêt de développement.

Peu après la naissance chez ce sujet l'on a constaté un hydro-encéphalocèle au niveau de la fontanelle postérieure. Cette maladie a peu à peu complément disparu, cependant elle rend admissible que l'hydrocéphalie au moins partielle développée pendant la vie intra-utérine a été la cause de l'idiotie. L'auteur, comme conclusion, pense qu'alors il existe des lésions très-manifestes de l'encéphale, et que c'est sous l'influence de celles-ci que se produisent les difformités qui seraient dès lors de véritables troubles trophiques. H. CHOÛPPE.

Case of siren-like malformed fœtus at full time with a well formed penis on the posterior aspect of the body (Observation de fœtus à terme monstrueux, de l'ordre des siréniens, portant un pénis bien conformé à la partie postérieure du corps), par William MACLAREN. (*Edinburgh medic. Journ., janv.* 1874, *p.* 590.)

Ce monstre est venu au monde en présentation ordinaire de la tête : il fit quelques respirations et mourut. Il est à noter que le placenta offrait des traces de dégénérescence graisseuse. Les deux membres inférieurs sont soudés et forment une seule masse qui se bifurque à la naissance des pieds.

Le fait le plus singulier est l'existence d'un appendice caudal postérieur simulant un pénis avec un canal perméable, mais sans trace de scrotum, de testicule ou d'anus. Il n'y a pas de fusion des articulations du membre inférieur. H. R.

Contributions à l'histoire anatomo-pathologique de l'hydrocéphalie chronique, A. VINSONNEAU. (*Thèse, Paris*, 1873.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur 40 crânes atteints d'hydrocéphalie : les lésions du squelette seules ont attiré son attention ; mais quelque consciencieuse qu'ait été son étude on peut lui reprocher de n'avoir pas assez distingué, dans les cas qu'il analyse, ce qui appartenait à l'hydrocéphalie elle-même de ce qui était sous la dépendance de l'aplasie, du crâniotabes et d'autres affections indépendantes.

Les modifications de volume et de capacité du crâne lui ont donné des chiffres considérables (capacité de 3,222 à 752 centimètres cubes comme nombres extrêmes) qui n'atteignent pas néanmoins les proportions énormes trouvées par Franck.

Des considérations plus intéressantes lui sont fournies par l'asymétrie qui porte souvent sur l'occipital et le trou occipital lui-même.

Dans un très-grand nombre de cas il a trouvé les lésions de l'aplasie, la fragmentation des os, la présence d'os wormiens plus ou moins nombreux, de dimensions très-variables, quelquefois symétriques. L'os épactal lui paraît d'une existence fréquente chez les hydrocéphales. Quand les os wormiens sont rangés en série continue le long des sutures, on voit se former les doubles sutures signalées par les auteurs. Les sutures elles-mêmes pèchent par excès ou par défaut de formation; l'excès d'ossification, la synostose est plus rare elle affecte toutes les sutures

ou quelques-unes seulement; quand c'est la suture sagittale qui en est le siége, on voit se produire la scaphocéphalie. Quand les sutures se développent incomplétement, on voit leur dentelure se former sans s'engréner ; on note dans un grand nombre de cas l'existence de la suture métopique. Les fontanelles sont normales ou persistent, l'antérieure du moins, car la postérieure se ferme presque constamment. Les os eux-mêmes sont souvent amincis ; ils offrent des impressions digitales plus profondes et parfois des perforations. Vinsonneau a trouvé à la base une déformation plastique (Bernard Davis) plus ou moins marquée, suivant le degré de l'hydrocéphalie. Les orbites lui ont paru toujours élargis et plus obliques qu'à l'état normal.

Dans un tableau qui termine son mémoire et qui est suivi de deux planches, l'auteur résume ses observations crâniométriques :

Les mensurations ont été faites en employant les points de repère que recommande M. Broca : elles comprennent les courbes, les diamètres, les angles, et donnent en outre les indices céphalique, occipital et orbitaire. Quarante observations plus ou moins résumées servent de preuves à l'appui.

PAUL BERGER.

Die Bacterien im Blut Pyämischer (Des bactéries dans le sang des pyémiques), par BIRCH-HIRSCHFELD. (*Centralblatt,* 1873, *n*° 39, *p*. 609.)

Dans un précédent travail (*R. des sc. méd.*, t. II, p. 1022) Birch-Hirschfeld avait cherché à établir qu'il existe dans le sang des sujets atteints de pyohémie de véritables bactéries sphériques faciles à distinguer des productions du sang normal. Peu de temps après, Riess s'éleva contre ces conclusions qu'il prétendit être au moins prématurées (V. *R. S. M.*, t. II, p. 1032). Aujourd'hui Birch-Hirschfeld revient sur cette question et repousse, dans le court mémoire que nous allons analyser, les assertions de Riess. Pas plus que ce dernier, en effet, l'auteur n'ignorait la présence dans le sang normal des éléments granuleux ; bien plus, il a insisté sur leur présence dans le sang des pyémiques. C'est en dehors de ces détritus qu'il admet la présence de bactéries sphériques, qu'il ne confond nullement avec eux. Il cherche à établir la distinction en se fondant sur les réactions chimiques. Celles-ci constituent, en effet, malgré le dire de Riess, un véritable critérium.

Dans sa dernière communication, Riess dit qu'il a vu persister souvent, sous l'influence de la potasse, aussi bien les granulations des hématies qu'une partie des éléments libres, et que ce résultat dépend peut-être du contenu graisseux des leucocytes.

L'auteur a toujours constaté que les granulations qui existent dans le sang des sujets cachectiques sans pyémie simulent des micrococcus solubles dans la potasse ; en outre elles s'adaptent bien irrégulièrement les unes aux autres, mais ne forment pas de chaînes régulières comme il a vu les granulations en former dans le sang des pyémiques.

Les objections que M. A. Riess fait à l'éther ne lui paraissent pas tout à fait dépourvues de fondement. Lui-même, en effet, a vu souvent que l'éther, même après une action prolongée, ne fait pas complétement dis-

paraître ces gouttelettes qui ont tous les caractères optiques de la graisse.

Du reste, dans les maladies chroniques où un processus ulcératif amène la résorption de matériaux de régression, on n'observe que rarement de véritables bactéries dans le sang à côté des produits de destruction. L'auteur l'a remarqué nombre de fois pour des malades ayant une pneumonie chronique à marche destructive rapide. Pour les cancéreux cela est au moins vraisemblable. On devrait même se demander si une partie des éléments qui, pour Riess, sont des produits de destruction, ne doivent pas être considérés comme des bactéries, et cela surtout à cause de leur résistance à l'action de la potasse.

L'auteur s'est assuré aussi que les globules blancs s'assimilent les bactéries (après injection de sang riche en bactéries). Un fait analogue dans la pyémie n'est-il pas probable *a priori*, puisqu'on a toujours considéré cette affection comme le résultat de la résorption des sécrétions de plaies ayant subi une dégénérescence spécifique ?

De plus, dans les vaisseaux des pyémiques (thrombus devenus puriformes par exemple), on peut fréquemment trouver des masses riches en bactéries. Birch-Hirschfeld ne comprend pas que Riess, qui avoue que beaucoup des éléments que l'auteur a trouvés dans le pus des pyémiques sont des bactéries, refuse de reconnaître ponr tels des éléments complétement semblables au point de vue morphologique et chimique, par cela seul qu'on les trouve dans le sang. Notons encore que dans les examens de sang faits par Riess (typhiques, etc.), la quantité des produits de régression n'était pas en rapport avec la gravité de la maladie. Pendant le plus haut degré de fièvre l'on n'en trouvait souvent pas du tout; plus tard au contraire, des quantités énormes; c'est le contraire de ce que Birch-Hirschfeld a constaté pour les bactéries dans la pyémie. Leur apparition survenait en 24 heures dans les cas aigus. Dans les cas chroniques il es arrivé que, pendant des semaines, et malgré des troubles considérables de la nutrition, l'on n'a trouvé que peu ou pas de bactéries, et cependant les produits de régression étaient bien plus abondants.

L'auteur maintient que la présence des bactéries est démontrée dans l'appareil circulatoire pour les cas de pyémie et de septicémie. Cela du reste ne prouve pas complétement la nature parasitaire de ces affections, car on est libre de considérer comme accessoire la présence des vibrions.

H. CHOUPPE.

Recherches sur la septicémie expérimentale à l'aide d'un procédé nouveau de transmission de la maladie, et qui permet l'étude sur l'organisme même de l'action des divers agents réputés antiseptiques, par LABORDE (*Soc. de Biol.*, 17 *janvier* 1874.)

La plupart des expérimentateurs ont produit jusqu'ici la septicémie en introduisant sous la peau du sang rendu septique, en d'autres termes par inoculation hypodermique. Or, celle-ci provoque un travail local d'irritation, qui passe d'ordinaire par toutes les phases de l'état inflammatoire suppuratif et qui, en tous cas, *précède* le développement de la maladie générale. Il est donc impossible de ne pas considérer comme *secondaire* la septicémie développée dans ces conditions, et de ne pas attribuer un

rôle important au travail morbide local dans la pathogénie de l'altération du sang.

Pour éloigner cette influence et produire une affection septicémique *primitive*, M. Laborde a mis à profit en le perfectionnant autant que possible, le procédé de *communication artérielle* de M. A. Guérin. Ce procédé, que l'auteur décrit minutieusement, consiste essentiellement à établir une communication entre le bout central de l'une des artères crurales d'un chien et le bout périphérique de l'une des artères crurales d'un autre chien, autant que possible de même taille que le premier, de façon à faire passer à volonté le sang de l'animal malade dans la circulation de l'animal sain.

M. Laborde fait d'abord une culture de sang septicémique, chez le lapin, jusqu'à la cinquième ou sixième génération; puis il transporte le sang septique sur le chien par injection intra-veineuse, et en poursuit la culture jusqu'à la quatrième génération. C'est alors qu'il a recours à la communication directe d'organisme vivant à organisme vivant, en ayant soin de ne laisser couler du sang que dans une limite qui ne peut être nocive par la quantité, mais seulement par la qualité.

L'auteur est arrivé de la sorte à développer rapidement et d'emblée, sur l'animal, une maladie générale dont il expose avec détails les lésions et les symptômes. Un des faits les plus remarquables, c'est que jamais le sang du chien auquel a été transmis par communication artérielle le sang du chien malade, n'a offert à l'examen le plus attentif une quantité appréciable de microcytes. L. G. R.

Beobachtungen über Micrococcenembolien innerer Organe und die Veränderungen der Gefässwand durch dieselben [(Embolies viscérales produites par le micrococcus ; altérations des parois vasculaires), par MARTINI, de Hambourg. (*Archiv f. klin. Chirurg., vol. XVI,* 1er *fasc., p.* 157.)

1° *Reins.* — Tantôt le *vas afferens* du glomérule de Malpighi est seul oblitéré par un caillot au moment où il se rétrécit pour pénétrer dans la capsule : tantôt deux ou trois anses vasculaires, ou même davantage, sont remplies par des amas de micrococcus dnns le glomérule même. Plus tard, lorsque ceux-ci se multiplient, on voit survenir des phénomènes de réaction dans le glomérule et autour de lui : leur dernier stade est l'abcès miliaire péri-glomérulaire.

2° *Foie.* — L'embolie occupe les vaisseaux interlobulaires au moment où ils pénètrent dans le lobule; les cellules hépatiques dégénèrent comme les cellules épithéliales du glomérule de Malpighi et par le même processus. Quelquefois les vaisseaux biliaires paraissent le lieu d'élection de la migration des micrococcus.

3° Le *Cœur* est farci d'embolies qui rappellent l'aspect que lui donne l'invasion de trichines. — On trouve les capillaires, plus rarement les artères, oblitérés par des caillots grisâtres caractéristiques. Les cellules musculaires qui les environnent présentent la dégénérescence cireuse; elles semblent bientôt comme infiltrées de pus, et leur dissociation permet l'issue des produits pathologiques qui deviennent le centre d'un petit abcès.

L'on sait que l'on a observé, comme complication fréquente de la diphthérie pharyngée, la production de lésions pulmonaires, variant du volume d'un abcès miliaire à celui d'un foyer circonscrit de gangrène. Martini, explorant les veines du cœur dans ces cas, a vu leurs parois traversées par des colonies de micrococcus qui pénétraient jusque dans leur cavité. Telle était l'origine bien évidente des foyers pulmonaires, qui pouvaient à leur tour devenir des foyers d'infection secondaire pour le cœur et les autres viscères. Les mêmes considérations expliquent la succession des accidents dans les cas de métastases consécutives à l'ostéomyélite aiguë. PAUL BERGER.

Impfung faulender Substanzen auf Kaninchenhornhaut (Inoculation de substances putrides dans la cornée des lapins), communication provisoire par le Dr W. DOLSCHENKOW. (*Centralblatt*, 1873, *nos* 42 *et* 43.)

On sait que la cornée inoculée avec des particules diphthéritiques est atteinte d'un processus de même nature qui envahit bientôt l'œil tout entier.

D'autre part, l'on a prétendu que les vibrions de la putréfaction simple ne produisent pas des lésions analogues. C'est dans le but de vérifier cette théorie que Dolschenkow a entrepris les recherches suivantes.

Les substances dont il se servit pour faire ces inoculations provenaient de la putréfaction de différents tissus et de divers liquides. Il a inoculé des vibrions d'âges différents, et à divers degrés de développement. Pour faire l'inoculation il se servait d'une aiguille trempée dans le liquide en putréfaction et l'introduisait de haut en bas dans la partie supérieure de la cornée.

Résultats : 1° complets, 29 cas; — 2° incomplets, 31 cas; — 3° négatifs, 52 cas.

1er *Groupe*, 12 *heures*. Trouble épais et blanc du point inoculé avec une petite éminence atteignant la grosseur d'une lentille, hypérémie légère, avec œdème peu marqué de la conjonctive et des paupières.

18 *heures*. La plaque trouble a augmenté d'étendue, la petite tumeur est plus volumineuse, il existe même dans toute l'étendue de la cornée un léger trouble; l'œdème s'est accru, et l'on commence à constater l'existence de pus.

24 *heures*. Exfoliation de l'épithélium sur toute la partie moyenne de la cornée jusqu'à 3mm des bords; au point d'inoculation, tumeur grosse comme un grain de chènevis; hypopyon de 2mm de hauteur, trouble très-intense de toute l'étendue de la cornée, œdème considérable, suppuration abondante.

36 *heures*. La tumeur superficielle n'est séparée du bord de la cornée que par 1mm. La tumeur des parties moyennes n'est pas profonde et son fond est couvert d'un pus blanc, sale; diminution de l'œdème.

48 *heures*. Après que le pus est enlevé, la cornée paraît inégale; par place, proéminence des lambeaux du tissu cornéen; à la limite de la partie trouble de la cornée il s'est formé une sorte de rainure; diminution de l'œdème, couleur bleuâtre de la conjonctive par stase veineuse; pus moins abondant.

84 *heures*. La partie moyenne de la cornée se sépare du reste d'abord en un point, puis peu à peu dans toute l'étendue.

Pendant toute la durée des expériences l'état général est resté bon, mais il est à noter que l'auteur a sacrifié tous les animaux au bout de 96 heures.

2e *Groupe*. Phénomènes plus lents; ce n'est qu'après 30 ou 45 heures qu'on voit le trouble de la cornée au point inoculé, avec hypopyon. Puis l'inflammation diminue et tout disparaît.

3e *Groupe*. Phènomènes insignifiants analogues à ceux qui proviennent des plaies de la cornée.

Examen histologique.— Ce ne fut que dans les points les plus fins des préparations, et aux endroits où l'infiltration purulente n'était pas trop abondante que l'auteur put constater l'existence des bactéries dans le tissu cornéen. — Il était impossible de constater l'existence des vibrions, soit dans le sang, soit dans aucun autre organe.

Dans le 2e groupe, l'auteur a laissé vivre 22 lapins, pour étudier la marche des lésions. Chez ceux de ce groupe qu'il a sacrifiés il a pu constater l'existence de bactéries dans la cornée; ces vibrions étaient disposés sous forme de rayons autour du point inoculé; les secteurs compris entre ces rayons étaient le siége d'une infiltration purulente; vers la périphérie, l'infiltration purulente formait une zone continue qui séparait la partie malade de la cornée des tissus restés sains. Dans quelques autres cas où les animaux avaient été sacrifiés plus tard, ces vibrions avaient disparu.

Dans aucun des cas du 3e groupe l'auteur n'a constaté la présence de bactéries.

Il n'y a donc entre le 1er et le 3e groupe qu'une différence quantitative en ce qui concerne le développement des vibrions.

Les résultats des inoculations dépendent, suivant Dolschenkow, de trois conditions : 1° individualité des animaux mis en expérience ; 2° mode d'inoculation; 3° matières inoculées.

1° La même quantité inoculée de même à des animaux différents, amène des résultats différents.

2° Une incision assez profonde faite à la cornée et recouverte de matières putrides, n'amène que des phénomènes d'inflammation simple, tandis qu'une piqûre faite en même temps sur l'autre œil produit une nécrose complète. Pour être certain d'obtenir des effets positifs, il faut faire une piqûre profonde.

3° Il faut que le liquide inoculé contienne des bactéries en très-grand nombre. C'est ainsi que les dépôts qui se font sur les substances en putréfaction ont semblé à l'auteur être les matières les plus puissantes; il indique en première ligne ceux qui se font à la surface des muscles des individus morts d'affections fébriles.

Au bout de quelque temps les dépôts perdent toute action.

La matière qui lui a donné les meilleurs résultats se composait presque exclusivement de vibrions (bâtonnets et granulations mouvantes). Il n'a pu reconnaître s'il y avait une différence au point de vue du résultat dans le cas où les uns ou les autres prédominaient. Dans un cas l'on obtint des résultats positifs avec un liquide qui ne contenait que des granulations, et l'on put constater dans la cornée malade l'existence de bâtonnets; ce qui prouve que les granulations peuvent se transformer en bâtonnets et ne sont pas d'espèces différentes.

Cependant l'auteur admet que ce sont les bâtonnets qui amènent la

mort de la cornée, en effet ; ce sont toujours eux qui apparaissent les premiers, et ils conservent dans l'épaisseur même des tissus leurs mouvements propres. (Voir *R. sc. médic.*, I, 556.) H. CHOUPPE.

Wundmykose der Frösche und ihre Folgen (De la mycose des plaies chez les grenouilles et de ses conséquences), par C.-J. EBERTH, de Zurich. (*Centralblatt*, 1873, *n°* 53.)

Ordinairement quand on fait une petite plaie à une grenouille vigoureuse, et que l'on se met dans de bonnes conditions d'expériences, l'animal guérit vite ; il peut cependant arriver que les bords de la plaie deviennent grisâtres, se recouvrent d'un enduit comme diphtéritique, et que les grenouilles meurent en quelques jours. Ce cas se présente plus spécialement quand il s'est accumulé sur la plaie une quantité considérable de sang. On peut alors constater que la plaie est couverte d'un grand nombre de bactéries sphériques, et que les tissus environnants en sont criblés.

Dans le sang même, et particulièrement dans l'espace lymphatique ouvert par la blessure, on trouve des quantités innombrables de ces organismes, tantôt isolés, tantôt groupés en grand nombre. L'état de l'hyaloïde est des plus curieux ; ses vaisseaux sont, par place, complétement obstrués par des bactéries sphériques. Dans différents vaisseaux, dans quelques tubes des reins, dans les capillaires sanguins du foie et dans le muscle cardiaque, se trouvent des amas nombreux et volumineux de bactéries, entourés çà et là de petits abcès.

Il n'est donc point douteux que l'on ait alors affaire à un processus analogue à la pyohémie chez l'homme, c'est-à-dire à une mycose généralisée et ayant son point de départ dans la blessure.

Les précautions à prendre pour réussir sont les suivantes : 1° faire la plaie sur le dos de la grenouille ; 2° ne garder au fond du vase où on la dépose qu'une très-petite quantité d'eau, de manière à ce que la plaie ne soit pas lavée.

Enfin Eberth a obtenu des résultats plus favorables aux mois de mars, avril et mai. H. CHOUPPE.

Recherches relatives à l'action des substances antiseptiques sur le virus de la septicémie, par M.-C. DAVAINE. (*Soc. de Biologie*, 10 *janv.* 1874.)

Les recherches du même auteur relatives à l'action de la chaleur et des substances antiseptiques sur le virus charbonneux ont déjà été analysées dans cette Revue (t. III, p. 456).

Celles-ci ont trait à l'action des mêmes substances, acide phénique, silicate de soude, permanganate de potasse, iode, etc., sur le virus de la septicémie. Le lapin, au lieu du cobaye, a été choisi comme réactif.

Si l'on compare l'action de toutes ces substances sur le sang septicémique avec leur action sur le sang charbonneux, on y trouve une grande analogie, mais non l'identité. Des deux côtés, l'acide phénique et le silicate de soude ont une énergie qui se limite par un deux-centième, tandis que celle de l'iode atteint et dépasse un dix-millième. L. G. R.

Untersuchungen über Puerperalfieber (Recherches sur la fièvre puerpérale), par le Dr ORTH, assistant à l'Institut pathologique de Berlin. (*Arch. f. pathol. Anat. und Phys., LVIII, livr.* 3 et 4.)

Pendant l'hiver de 1872-1873, l'auteur profita d'une épidémie de fièvre puerpérale à Bonne pour faire quelques recherches sur le rôle du micrococcus dans cette maladie.

La lésion à peu près constante dans cette épidémie fut une péritonite suppurée sans abcès métastatiques. Les exsudats du péritoine, les masses fibrineuses qui recouvraient les organes abdominaux, les liquides charriés par les vaisseaux lymphathiques de la région renfermaient une masse considérable de corpuscules arrondis, libres ou réunis en chaînettes, toujours immobiles, que l'auteur considère comme des micrococcus. Tandis que la présence de ces agents était constante dans les produits d'exsudation, l'auteur avoue que le sang ne les renfermait que dans quelques cas. Il signale, d'un autre côté, avec insistance, l'absence constante des bâtonnets lisses, mobiles, qui se développent au sein des liquides en putréfaction, et il croit, se basant sur ce fait et sur quelques expériences instituées dans ce but, que les micrococcus trouvés par lui dans la fièvre puerpérale sont des êtres d'une essence spéciale qui ne sont pas susceptibles de se transformer en bactéries cylindriques.

Une très-petite quantité de l'exsudat péritonéal en question fut injectée avec une seringue de Pravaz dans le péritoine de deux lapins. Le résultat fut le suivant :

1er Lapin : mort en moins de 24 heures. Péritonite suppurée ; le pus renferme une quantité énorme de micrococcus isolés et en chaînettes ; il s'en trouve également dans les lymphatiques du diaphragme et dans l'enduit séro-sanglant qui recouvre la plèvre médiastine.

2e Lapin : est tué 9 heures après l'injection. Dans le péritoine, exsudats fibrino-purulents imprégnés de micrococcus. Le sang du cœur droit et de la veine crurale en renferme aussi une forte quantité. Les bactéries cylindriques font défaut partout.

Les mêmes résultats étaient obtenus si, au lieu d'exsudat, on injectait dans le péritoine du sang humain puerpéral ou du sang de lapin déjà infecté.

Les conclusions du travail de l'auteur sont :

1° Que dans tous les cas de fièvre puerpérale cités, il s'est trouvé dans les exsudats inflammatoires du péritoine une grande quantité de micrococcus réunis en chaînes ou libres, tandis que les bactéries cylindriques n'ont jamais été rencontrées ;

2° Que dans quelques cas seulement les micrococcus ont pu être constatés dans le sang des malades ;

3° Que l'injection de l'exsudat péritonéal dans le péritoine des lapins a donné lieu à une péritonite rapidement mortelle et à une multiplication colossale sur place des micrococcus ;

4° Qu'une fois, chez un animal en expérience, on trouva pendant la vie les micrococcus en quantité considérable dans le sang ;

5° Qu'enfin, ce qui démontre bien la nature parasitaire de ces élé-

ments, ils furent inoculés avec succès sur la cornée. (Méthode d'Eberth.)

KELSCH.

Die puerperalen und pyämischen Processe (Les processus puerpéraux et pyémiques, par le prof. Hjalmar HEIBERG, de Christiania. (*Br. in-8° avec trois planches, chez Vogel, à Leipzig*, 1873.)

Le principal but de ce travail est de démontrer que l'introduction de parasites dans les tissus forme la base de toute infection pyémique ou puerpérale. Ce ne sont ni les embolies, ni les abcès métastatiques qui caractérisent cette infection; celle-ci peut exister sans ces lésions, comme ces lésions peuvent exister sans donner lieu à des troubles généraux. La bactérie seule constitue le *corpus delicti*, et l'auteur cherche à reconnaître les voies par lesquelles ce parasite peut s'introduire dans les organes.

Toutes les fois qu'il y a lésion des tissus communiquant avec l'extérieur, la chose est facile à comprendre ; les blessés, les opérés et les accouchées offrent à l'ennemi une porte ouverte. Mais souvent on constate les lésions pyémiques à une distance assez considérable de la lésion primitive et c'est là que surgit la difficulté d'expliquer la pénétration des bactéries. L'auteur cite quelques observations de ce genre et il admet que, dans ces cas, le parasite introduit par la surface de la plaie a trouvé dans celle-ci des veines ou des vaisseaux lymphatiques béants dans l'intérieur desquels il a continué son trajet. Dans quelques-uns de ces cas, les lésions pyémiques ne se localisent pas dans un organe ; elles amènent une altération des liquides, soit du sang, soit de la lymphe. Dans d'autres cas, le parasite s'arrête sur une séreuse (endocarde, plèvre, etc.) où il produit des ulcérations suivies de résorption. D'autres fois c'est une muqueuse et principalement la muqueuse digestive qui devient le siége des lésions parasitaires (ulcérations des follicules intestinaux), Enfin, les lésions peuvent être multiples et, après s'être montrées dans l'endroit même par lequel le parasite a pénétré, elles se transportent dans d'autres régions où l'on peut les trouver sous forme d'abcès métastatiques, de thromboses, etc.

Mais si, comme l'admet l'auteur, les bactéries doivent provenir de l'extérieur, comment expliquer les cas de pyémie dans lesquels on ne découvre pas de lésions externes ? Il est évident que l'on peut, quelquefois ne pas trouver la lésion lors même qu'elle existe, si celle-ci est très-petite, comme une simple écorchure. Cependant pour Heiberg, la lésion externe n'est pas une condition indispensable à l'introduction des bactéries.

D'après lui, les muqueuses et surtout celle des voies respiratoires peuvent permettre, lors même que leur épithélium est intact, le passage des parasites. De même, dit-il que l'otite purulente peut donner lieu à des lésions méningitiques sans que les cellules osseuses intermédiaires soient affectées, de même aussi les inflammations simples des muqueuses nasale ou trachéale peuvent être le point de départ d'une pyémie mortelle. Le parasite suivrait ici la même marche que les cellules amiboïdes qui pénètrent dans les interstices des cellules épithéliales. L'auteur cite

un cas de fièvre puerpérale où la muqueuse utérine était intacte, puisque l'infection devait avoir existé avant l'accouchement.

Quelques muqueuses présentent également des canalicules béants ou lacunes lymphatiques qui forment un passage naturel pour les éléments virulents de l'extérieur. Cette disposition, comme le fait voir Heiberg, est surtout manifeste sur la muqueuse du nez. Or ces fentes ou lacunes communiquent directement avec la circulation lymphatique, qui peut donc facilement transporter les matériaux de la pyémie. KLEIN.

Sur les microzymas de l'urine et la cause de la fermentation ammoniacale pathologique de ce liquide), par M. A. BÉCHAMP. (*Montpellier médical, février 1874, t.* 32, *p.* 168.)

Cette communication est une réponse aux assertions de M. Pasteur, qui admet que les ferments d'où provient la décomposition ammoniacale de l'urine ont été apportés du dehors dans la vessie.

M. Béchamp veut prouver que l'organisme malade peut spontanément produire cette transformation de l'urine, et que les microzymas des tissus, actifs par eux-mêmes, suffisent à expliquer la fermentation ammoniacale, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir les germes de l'air.

Les éléments de cette démonstration, j'allais dire de cette polémique un peu trop vive, sont les suivants :

1° Il est matériellement impossible que les poussières et germes atmosphériques pénètrent dans l'urèthre et la vessie, car M. Pasteur a montré qu'un tube recourbé et sinueux, à extrémité tournée en bas, ne permet pas aux ferments de s'introduire dans un ballon contenant des matières putrescibles.

2° L'homme sain fait pénétrer tous les jours des milliers de ferments dans ses poumons, sans qu'il en éprouve aucun mal. Donc, lorsque la fermentation survient, c'est que l'organisme y prend la plus grande part.

3° Tous les ferments décrits par M. Pasteur, torulacés, bactéries, etc., sont les transformations d'éléments plus petits, qui sont les microzymas d'Estor et Béchamp. Ces microzymas existent dans tous les éléments anatomiques et dans tous les tissus, n'attendant que le moment propice pour évoluer. Ce qui le prouve, c'est que de l'urine, en apparence parfaitement normale, provenant de deux individus également sains, se comporte d'une façon très-différente au point de vue de la fermentation : l'une subit la décomposition ammoniacale bien plus vite que l'autre, quoique l'on trouve les mêmes germes en apparence ; mais pour M. Béchamp, les microzymas, cause de la fermentation, sont distincts et offrent des propriétés spécifiques.

4° L'urine ne devient ammoniacale dans la vessie que quand les microzymas organiques sont altérés ou morbides : ainsi, par exemple, dans les néphrites aiguës et chroniques, dans les maladies de la moelle, les cystites prolongées, etc.

5° Les germes contenus dans l'air ne sont pas la cause de la fermen-

tation ammoniacale de l'urine. L'auteur cite à l'appui de ce fait une curieuse observation de rétention d'urine qui, tout le temps que l'affection a évolué d'une façon aiguë, a donné des signes de fermentation ammoniacale; puis les urines sont redevenues claires, malgré l'emploi du cathétérisme pendant près de deux ans, et plusieurs fois par jour. Or, les dernières urines ne présentaient plus la moindre tendance à la décomposition ammoniacale; et pourtant l'examen microscopique y montrait des bactéries en aussi grande quantité qu'auparavant, et des microzymas plus abondants qu'à la période de fermentation ammoniacale: preuve qu'alors les germes étaient altérés et malades eux-mêmes.

La conclusion de l'auteur est que la pratique du cathétérisme n'est pas aussi dangereuse que le croit M. Pasteur, et que les chirurgiens, lors de la discussion à l'Académie de médecine, ont eu raison contre le chimiste. H. RENDU.

Recherches sur l'urine ammoniacale, ses dangers et les moyens de les prévenir. Note de MM. GOSSELIN et A. ROBIN. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 5 *janv.* 1874.)

MM. Gosselin et A. Robin ont recherché si l'urine, qui devient quelquefois alcaline et ammoniacale par la formation de carbonate d'ammoniaque, ne pourrait pas jouer un rôle toxique dans les cas où elle serait absorbée par une plaie de la vessie ou de l'urèthre. Les injections sous-cutanées, chez des lapins et des cochons d'Inde, soit de solution aqueuse de carbonate d'ammoniaque, soit d'urine ammoniacale, leur ont permis de conclure que l'urine ammoniacale de l'homme est toxique pour le lapin et le cochon d'Inde, et que, absorbée par une solution de continuité des voies urinaires, elle serait probablement toxique aussi pour l'homme lui-même.

Les essais de prophylaxie ont immédiatement suivi les expériences de physiologie pathologique; pour corriger l'état ammoniacal on ne pouvait s'adresser aux acides minéraux; mais un précieux agent se présentait dans l'acide benzoïque, qui se transforme rapidement dans l'économie en acide hippurique soluble et inoffensif. Chez trois malades qui avaient à subir des opérations sur les voies urinaires (taille, lithotritie), et qui étaient atteints de cystite ammoniaco-purulente, l'acide benzoïque administré à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour (*limonade benzoïque*), a fait reparaître l'acidité normale des urines; les malades ont été opérés et n'ont présenté aucun accident consécutif.

L'acide hippurique agit sans doute en transformant le carbonate d'ammoniaque en hippurate d'ammoniaque, lequel, ainsi que nous le montrent les expériences par injection chez les animaux, n'est que peu ou pas toxique.

Quant à l'origine de la qualité ammoniacale de l'urine, c'est une question à laquelle ne se sont pas arrêtés MM. Gosselin et A. Robin, mais que se pose M. Pasteur, en se demandant si la présence du carbonate d'ammoniaque ne serait pas liée à l'existence d'un ferment organisé, notamment du ferment ammoniacal de l'urine, si bien étudié par M. Van Tie-

ghem; si cette hypothèse se vérifiait, l'injection d'eau phéniquée dans la vessie constituerait également un traitement très-efficace.

M. DUVAL

Note sur la fermentation ammoniacale de l'urine, par M. A. LAILLER. (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *février* 1874.)

Passant en revue divers cas cliniques dans lesquels l'urine est ammoniacale au moment de l'émission, M. Lailler pense que la fermentation ammoniacale de l'urine dépend autant de son état muqueux que de son titre azoté : dans ces circonstances l'introduction de la sonde ne favoriserait pas la fermentation de l'urine. M. D.

Anatomie pathologique du poumon; auscultation, leçons de M. CORNIL, recueillies par P. BUDIN. (*Mouv. méd.*, 1873, *pp.* 141, 169, 182, 233; *et Progr. méd.*, 1873, *pp.* 2, 39, 64, 74, 243, 277, 282; 1874,, *pp.* 13. 26, 38, 64, 74, 92.)

Ces leçons contiennent l'exposé d'expériences faites avec M. Grancher sur les bruits pulmonaires.

Si l'on adapte à la trachée d'un cadavre un soufflet, et que 20 fois par minute on insuffle un demi-litre d'air dans les poumons, on entend, en auscultant à travers la paroi thoracique, des bruits analogues aux bruits normaux; mais si on ausculte le poumon mis à découvert, on entend à la fin de l'inspiration un bruit analogue au râle crépitant de la pneumonie, que l'auteur propose d'appeler bruit de crépitation vésiculaire. Il se produit dans les infundibula, lorsque l'air pénètre brusquement dans ces cavités primitivement affaissées, ce qui explique pourquoi on ne l'entend pas dans les conditions ordinaires, les infundibula contenant toujours une petite quantité d'air qui empêche leur affaissement complet.

Ce bruit s'entend sur le vivant dans deux conditions : lorsqu'une personne est restée longtemps immobile et endormie dans le décubitus dorsal, si on la fait asseoir et qu'on ausculte sa première inspiration, on entend une crépitation fine, due à l'entrée de l'air dans des infundibula affaissés par suite de l'immobilité de la couche superficielle des lobes postérieurs des poumons. Ce même bruit s'entend aussi dans les poumons des nouveau-nés, au moment des premières inspirations.

M. Cornil l'a reproduit sur le cadavre; en injectant dans le poumon 50 à 100 grammes de suif, on détermine, lorsque l'injection réussit bien et ne fuse pas dans les bronches, une induration pulmonaire en même temps qu'une augmentation de volume des lobules injectés ; ceux-ci compriment alors les lobules voisins, et si on insuffle de l'air dans le poumon, on entend une crépitation dans les parties voisines de l'injection.

Si on fait l'injection dans la plèvre, on entend ces mêmes bruits dans les lobules voisins de la masse de suif, et qui sont comprimés par sa présence.

Dans l'étude des diverses lésions du poumon, l'auteur trouve des

preuves dans cette dernière maladie qui confirment ses expériences. Ainsi, chez les malades atteints de noyaux d'aploplexie, on entend des râles sous-crépitants très-fins : après la mort, on les entend sur le cadavre à l'aide de l'insufflation, et si on dénude le poumon, on les entend dans les noyaux mêmes, comme autour d'eux. Cependant le sang qui remplit absolument les alvéoles et les bronches des infarctus ne permet pas l'introduction de l'air dans ces parties. C'est qu'en effet ces râles se produisent dans les lobules voisins des noyaux comprimés par leur turgescence, et si on les entend au niveau même des infarctus, c'est que ce tissu, dense et dur, transmet facilement les sons produits à côté. A propos de la pneumonie aiguë lobaire, M. Cornil passe en revue les opinions diverses qui ont été proposées pour expliquer le râle crépitant, et s'arrête un peu sur celle de Wintrich et de Parrot, qui consiste à admettre que dans l'expiration, les parois des vésicules pulmonaires sont comprimées et adhérentes les unes aux autres ; mais dans l'inspiration les surfaces adhérentes se décollent brusquement, d'où le bruit crépitant. Cette explication n'est pas suffisante ; M. Cornil pense que le râle crépitant se passe dans les alvéoles voisins de ceux hépatisés ; les noyaux indurés sont gonflés, compriment les vésicules voisines, et le râle est dû au déplissement des parois de ces vésicules ; il est moins sec que le bruit produit expérimentalement dans le poumon sain après la mort, parce que ces alvéoles contiennent un peu de liquide. Lorsqu'ils sont eux-mêmes envahis par l'exsudat fibrineux, ils ne donnent plus lieu aux râles mais l'induration étendue permet alors la production du souffle. Diverses expériences de l'auteur sont invoquées à l'appui de cette manière de voir ; cependant, il n'a jamais pu produire artificiellement du souffle. Chez les vieillards, les râles crépitants sont plus gros parce que les vésicules sont emphysémateuses ; chez les enfants, ils manquent souvent, par suite de l'atélectasie rapide.

J. CAZALIS.

Des altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin, par M. Georges HAYEM. (*Archives de Physiologie*, n° 5, 1873.)

Pour bien comprendre le résultat de ces expériences, il est indispensable d'avoir bien présent à l'esprit le mode de distribution des tubes nerveux des racines postérieures dans l'épaisseur de la moelle.

La racine postérieure pénètre dans la moelle en arrière de l'extrémité externe de la corne correspondante, se dirige de dehors en dedans et se perd au niveau de l'angle interne et postérieur de la même corne. Dans ce trajet, on distingue dans la racine postérieure deux gros faisceaux, l'un périphérique, et l'autre plus profond situé entre le premier et la corne postérieure. Des tubes nerveux qui composent ces deux faisceaux, les uns pénètrent directement dans la corne postérieure, d'autres se recourbent et deviennent ascendants pour s'unir plus haut à des faisceaux d'une autre racine postérieure et pénétrer avec eux dans la substance grise.

Les faisceaux qui pénètrent dans la corne postérieure se remarquent principalement au niveau de l'angle interne et postérieur de la corne cor-

respondante, tant à cause de leur volume que de leur nombre. Ils forment là plusieurs tractus sinueux, ondulés, qui pénètrent dans la substance grise, en s'entrecroisant de manière à former une sorte de plexus. On peut en général suivre au moins un de ces faisceaux jusque dans le voisinage du tractus intermédio-latéral. Les fibres non radiculaires des cordons postérieurs sont-elles complétement étrangères à la composition des faisceaux qui pénètrent ainsi dans la corne postérieure? Il serait difficile de l'affirmer, mais ce que l'on peut dire, c'est qu'elles n'y entrent en tous cas que pour une part bien minime.

Expériences I et II.—Sur un lapin de cinq semaines environ, le sciatique droit est arraché. La même opération est faite du côté gauche sur un autre lapin de la même portée. Les animaux sont sacrifiés au bout de deux mois.

Sur le lapin opéré du côté gauche, le sciatique a été complétement arraché, et l'on voit une cicatrice linéaire, grisâtre, située sur la partie postérieure de la moelle et correspondant au dernier nerf lombaire et aux deux premières paires sacrées.

La moitié ganche de la moelle (cordons blancs et substance grise présente une atrophie générale. Cette atrophie est surtout marquée sur le trajet intra-médullaire des racines postérieures arrachées. Puis c'est le cordon postérieur qui est le plus atrophié. Enfin, au niveau des racines antérieures, on voit une petite dépression et une atrophie des principaux faisceaux de tubes nerveux.

Dans la substance grise l'atrophie est générale, mais elle est plus marquée dans la corne postérieure, considérablement déformée. On n'y reconnaît plus les faisceaux radiculaires dont on a lu précédemment la description. Les cellules nerveuses sont atrophiées et ont disparu en partie, tant dans la corne antérieure que dans la postérieure. Le point où l'atrophie de ces éléments a atteint son maximum de développement correspond au groupe externe et postérieur de la corne antérieure (*tractus intermedio-lateralis*).

Ces altérations existent dans toute la partie de la moelle qui correspond à la région du sciatique; elles disparaissent peu à peu dans une hauteur de 3 centimètres au-dessus de cette région.

— Dans l'autre expérience (arrachement du sciatique droit) on observe les mêmes lésions, mais moins prononcées. Les cellules nerveuses les plus altérées appartiennent, comme dans l'expérience précédente, au groupe externe et postérieur de la corne antérieure.

De ces deux expériences, M. Hayem conclut que « l'atrophie des cellules nerveuses de la substance grise est subordonnée à la lésion du trajet intra-médullaire des racines postérieures, » et que « la région qui semble être le plus directement sous la dépendance de cette lésion est le groupe externe et postérieur, soit précisément celui dans lequel paraissent se perdre les faisceaux radiculaires internes et ascendants. » Il s'appuie, pour tirer ces conclusions, sur la rupture des racines antérieures avant leur entrée dans la moelle et sur les faibles lésions qu'elles présentent, et d'autre part sur les lésions plus prononcées du cordon postérieur.

Cette atrophie considérable ne peut s'expliquer par la suppression de la fonction, car M. Vulpian n'a jamais trouvé de lésions aussi intenses dans les cas où un membre a été amputé. Cette atrophie est due à une

irritation qui s'est propagée sur le trajet des racines postérieures jusque dans la substance grise antérieure.

Ce résultat expérimental est confirmatif de l'opinion émise par MM. Charcot et Pierret pour expliquer l'atrophie des cellules nerveuses de la corne antérieure dans certains cas d'ataxie locomotrice.

« La méthode que j'ai suivie, dit M. Hayem, est analogue à celle d'A. Waller et peut servir : 1° à la détermination du trajet intra-médullaire des racines nerveuses ; 2° à l'étude des rapports anatomiques normaux et pathologiques qui existent entre les racines des nerfs et les cellules de la substance grise. »

La conclusion de ce travail est la suivante : « L'atrophie cicatricielle produite dans le faisceau postérieur de la moelle, en dehors du cordon de Goll, par l'arrachement d'un nerf, détermine une atrophie très-rapide des cellules nerveuses qui porte surtout sur le groupe du tractus *intermedio-lateralis*.

A. JOFFROY.

Sur les altérations de la moelle, consécutives à l'arrachement et à la résection du nerf sciatique chez le lapin ; note de M. G. HAYEM. (*Compt. rend. Ac. des sciences*, 26 *janvier* 1874.)

L'arrachement du nerf sciatique chez le lapin, arrachement qui s'étend jusqu'au trajet intra-médullaire des racines (surtout pour les postérieures) ou se borne à la rupture des racines au niveau de leur insertion apparente dans les sillons de la moelle, produit une myélite cicatricielle qui peut être le point de départ d'une sorte de myélite centrale généralisée. Cette myélite, qui peut également survenir dans le cas de simple résection du nerf sciatique, a pour caractère principal une dégénérescence atrophique des cellules nerveuses ; le protoplasma des cellules perd d'abord son aspect granuleux normal : il devient plus réfringent, comme vitreux, souvent vitro-vésiculeux ; le noyau et le nucléole sont masqués, deviennent obscurs et disparaissent. Les prolongements de la cellule s'atrophient.

Ces faits, appliqués à la clinique, permettent d'expliquer la propagation à toute la substance grise d'une irritation portant primitivement sur un point limité de la moelle. Ils montrent, de plus, qu'il existe réellement, à côté des myélites interstitielles, une myélite parenchymateuse, qui, dans la substance grise, frappe d'une manière toute spéciale l'élément nerveux lui-même. Enfin, l'ensemble de ces expériences établit que les irritations des parties blanches du système nerveux (nerfs, racines, cordons blancs) peuvent retentir sur la substance grise et y produire des lésions diffuses et généralisées, comme le montraient déjà, au point de vue clinique, les rapports si étroits que l'on constate entre la plupart des affections chroniques du système nerveux, par exemple entre les scléroses fasciculées et l'atrophie musculaire progressive.

M. DUVAL.

Note sur les différents résultats de l'inoculation des matières tuberculeuses et non tuberculeuses, par M. PARROT. (*Soc. Biol.*, 11 *janvier* 1873.)

M. Parrot a remarqué que les animaux inoculés avec des matières tuberculeuses meurent plus vite que ceux inoculés avec des produits autres que le tubercule. Il aurait vu les premiers mourir au bout de deux mois, les seconds au bout de six mois.

D'un autre côté, chez les cochons d'Inde qui ont reçu la matière non tuberculeuse, la peau peut se tuméfier et même s'abcéder, mais on la trouve toujours cicatrisée au moment de la mort. Mais, chez ceux inoculés avec les produits tuberculeux, la plaie finit par se transformer en une ulcération large, à bords relevés, indurés, reposant sur un tissu également dur, constitué par une substance caséeuse qui se prolonge jusqu'aux ganglions les plus voisins. Ceux-ci sont plus altérés que chez les animaux inoculés avec des matières non tuberculeuses.

HENRI HUCHARD.

Transmission de la tuberculose par les voies digestives; expériences nouvelles sur le veau, par M. CHAUVEAU; rapport lu par M. Perroud à la section médicale de l'Association française. (*Lyon méd.*, 1873, *p.* 203.)

Deux génisses ou veaux de lait, de 3 à 4 mois environ, avaient ingéré de la matière tuberculeuse 2 mois ou 6 semaines auparavant : M. Chauveau leur avait administré quatre fois 10 à 40 grammes de matière tuberculeuse, provenant de différentes lésions recueillies sur des vaches tuberculeuses. Deux autres animaux de même taille, de même âge, furent placés à côté des deux premiers, nourris et soignés de même, pour servir de termes de comparaison. Une commission a assisté à l'autopsie de ces animaux; chez les deux premiers, on a pu constater des lésions tuberculeuses considérables, mais qui portaient surtout sur l'appareil ganglionnaire des organes respiratoires et digestifs; les poumons renfermaient à peine quelques nodules tuberculeux. Mais chez les deux animaux gardés comme termes de comparaison, on a trouvé des lésions infiniment moindres, mais très-évidentes, sur la nature tuberculeuse desquelles il ne s'est élevé aucune contestation. Après mûr examen des circonstances dans lesquelles ces expériences se sont faites, le rapporteur formule les conclusions suivantes : 1° Il est extrêmement probable que la tuberculose des animaux soumis à l'examen de la commission n'était pas de provenance héréditaire. 2° Il paraît incontestable que les ingestions de matière tuberculeuse ont eu une influence déterminante sur les lésions si nombreuses et si considérables des animaux soumis à l'expérience. 3° Il est très-probable que les autres animaux, gardés comme témoins, ont été infectés, eux aussi, par les voies digestives, consécutivement à leurs voisins malades et par eux, en mangeant dans les mêmes baquets qu'eux et en ingérant des boissons ou des aliments contaminés par eux.

J. C.

Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der insensiblen Ausgabe im Fieber. (Recherches expérimentales sur les pertes insensibles pendant la fièvre), par Fr. NEUMANN. (*Dissert. inaug., Dorpat*, 1873.)

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Pendant l'abstinence, les pertes insensibles diminuent graduellement de jour en jour ; quelques oscillations se produisent par suite des changements de température. La perspiration s'accroît lorsque le baromètre monte ; elle augmente aussi, mais d'une façon moins sensible, avec l'élévation de la température.

2° Les pertes insensibles sont plus considérables pendant la fièvre que, dans les mêmes conditions, sans fièvre.

3° L'élévation de la température fébrile et les pertes insensibles semblent marcher parallèlement.

4° Pendant et après la diminution de la fièvre (crise et épicrise), il y a une augmentation de pertes. H. CH.

Ueber den hæmorrhagischen Infarct der Lunge bei Herzkrankheiten (Des infarctus hémorrhagiques des poumons dans les maladies du cœur), par Fr. PENZOLDT (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 12e *vol.*, *p.* 13.)

L'auteur s'est convaincu, par de nombreuses recherches nécroscopiques que ces infarctus sont presque constamment d'origine embolique. On réussit presque toujours à trouver le point de départ du caillot migrateur : c'est le plus souvent une thrombose soit des plexus du petit bassin, soit des veines crurales ou brachiales ; c'est quelquefois un caillot cardiaque.

Dans les expériences sur les animaux, les embolies pulmonaires donnent lieu généralement, au moment où elles se produisent, à un léger abaissement de la température ; il peut en être de même chez l'homme ; mais le plus souvent, le développement de l'infarctus coïncide avec un mouvement fébrile qui peut être assez intense pour faire croire à l'existence d'une pneumonie ; il est d'autant plus difficile d'échapper à cette erreur que, chez les sujets atteints de cachexie cardiaque, les pneumonies secondaires ne provoquent pas toujours une augmentation bien considérable de la chaleur organique.

Les embolies des artères bronchiques ne peuvent guère, non plus que les thromboses des veines pulmonaires, être distinguées cliniquement des embolies pulmonaires. HALLOPEAU.

La pathologie cellulaire, par R. VIRCHOW. (4e *édition, revue, corrigée, complétée en conformité avec la* 3e *édition allemande, par le Dr STRAUS, Paris*, 1874, *J.-B. Baillière.*)

Telle est maintenant l'activité avec laquelle se succèdent les découvertes histologiques que le livre de la pathologie cellulaire, dans sa pre-

mière forme, menaçait de n'être plus qu'un document historique, Virchow, dans une 3e édition allemande, parue il y a deux ans, a soumis sa propre doctrine à l'épreuve et à la révision des données nouvelles de la science. Il était intéressant de voir dans quelle mesure le professeur de Berlin accepterait des faits dont plusieurs se trouvent être en opposition flagrante avec sa théorie, telle qu'il l'avait formulée autrefois. En constatant les nombreuses additions qu'il a faites à cette nouvelle édition, on verra la large part qu'il accorde à la diapédèse, aux migrations et à l'automatisme des cellules, bref à la plupart des récentes réformes histologiques. Aussi n'hésite-t-il pas à modifier sa doctrine dans ce qu'elle avait de trop absolu et de trop schématique; il est le premier à reconnaître qu'il a fait jouer un rôle trop exclusif à la prolifération des éléments fixes des tissus, des cellules, du tissu conjonctif notamment, et qu'une part importante dans les processus, tant physiologiques que pathologiques, revient aux migrations cellulaires. Mais, malgré toutes ces modifications de détail, les principes fondamentaux sur lesquels repose la pathologie cellulaire deviennent intacts et incontestés.

Notons cependant que dans ce travail de révision, Virchow a cru devoir passer sous silence les recherches émanant de l'école française, surtout celles qui ont si profondément modifié et éclairé l'anatomie pathologique du système nerveux. Les savants allemands nous ont habitué à ces omissions systématiques, mais il est rare d'avoir à en relever d'aussi flagrantes.

La nouvelle traduction a débarrassé l'ancien texte de Picard des incorrections et des obscurités trop nombreuses qui s'y rencontraient : elle est correcte, claire et fidèle. Dans une introduction qui précède ce volume, M. Straus a exposé avec netteté et impartialité les phases successives d'évolution de la pathologie cellulaire et l'influence incontestable de ce livre sur la science contemporaine. A. C.

Ueber künstliche Hervorrufung von Rhachitis und Osteomalacie (Sur la production artificielle du rachitis et de l'ostéomalacie), discours prononcé dans la séance du 24 octobre 1873, à la Société des médecins de Vienne, par le Dr C. HEITZMANN. (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1873, *p.* 570.)

L'auteur, partant de ce fait que l'urine des sujets rachitiques contient un excès d'acide lactique, a cherché à produire le rachitis et l'ostéomalacie, en nourrissant des animaux avec cet acide. Ses expériences ont été faites sur des carnivores (5 chiens, 7 chats) et sur des rongeurs (2 lapins et 1 écureuil). Pendant plusieurs mois, les animaux ne furent nourris que de lait, pain blanc, pommes de terre et graisse, aliments auxquels était additionnée chaque fois une certaine quantité d'acide lactique. Au bout de cinq à six semaines, on constata déjà le gonflement des épiphyses chez les chiens et les chats, dont les membres se tordaient à des degrés variables. Amaigrissement, catarrhes, convulsions. A partir de huit semaines, le gonflement épiphysaire diminua, les membres paraissaient se redresser peu à peu et tout semblait rentrer dans l'état normal, lorsque voulant produire une fracture artificielle, Heitzmann remarqua

une flexibilité surprenante des os qui se pliaient comme des joncs. L'examen microscopique, fait à ce moment, démontra que les os avaient subi les altérations de l'ostéomalacie. Le tissu spongieux était considérablement augmenté aux dépens de la couche corticale, dont la minceur était, en certains endroits, comparable à celle du parchemin.

Chez les rongeurs, les faits ne se passèrent pas tout à fait de la même manière; ils présentèrent tous les symptômes de l'inanition et l'on ne constata que l'ostéomalacie sans avoir observé la période du rachitis.

L'auteur conclut de ces faits que l'ostéomalacie et le rachitis sont deux stades différents d'une même maladie produite par la présence de l'acide lactique en excés dans le sang et que chez les herbivores, cette affection se manifeste immédiatement par l'ostéomalacie.

Un fait curieux à signaler, c'est que la femme chargée de nourrir ces animaux, pendant plusieurs mois, mit au monde un enfant de 7 mois et demi ayant tous les symptômes du rachitis congénital. Cet accouchement prématuré eut lieu à la fin des expériences, la veille du jour où le Dr Heitzmann présentait son rapport. KLEIN.

Observations diverses.

Ein Beitrag zur Casuistik abnormer geschlechtlicher Entwicklung (Contribution à l'étude du développement anormal des parties sexuelles), par le Dr A. OGSTON, d'Aberdeen. (*Œsterr. Jahrb. f. Pædriatik*, *Jahrg.* 1872, *II. Band*, *p.* 180, 1873.)

Les trois faits rapportés par l'auteur ne constituent, à vrai dire, que des singularités anatomiques, mais leur rareté même mérite d'attirer l'attention. D'une autre part, ils présentent certaines particularités qui nous semblent dignes d'intérêt ; c'est à ce double titre que nous avons cru devoir résumer succinctement les cas observés par le Dr Ogston.

I. — Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans (Mary Cattanach) qui fut trouvée morte dans son lit. Elle avait toujours joui d'une excellente santé et n'était pas encore menstruée. Ses seins n'étaient pas développés. Son pubis imberbe. A l'autopsie le Dr Ogston trouva les *capsules surrénales* manifestement hypertrophiées, les *ovaires* très-petits, l'*utérus* moins développé que chez un enfant nouveau-né.

II. — Mary Macintosh, âgée de 12 ans, morte du choléra sporadique.

Autopsie. Pubis couvert de poils. *Clitoris* hypertrophié au point d'atteindre le volume du gland de la verge.

Capsules surrénales considérablement augmentées de volume et pesant chacune trois onces. *Utérus* très-petit. *Ovaires* atrophiés.

III.—Hélène Macintosh, 5 ans, morte le même jour et de la même maladie que sa sœur Mary. Quoique d'un âge beaucoup plus tendre que la précédente, les parties sexuelles étaient chez elle très-développées et couvertes de poils. Le *clitoris* énormément volumineux, de la grosseur d'un pénis d'enfant.

Autopsie. *Capsules surrénales* atteignant le volume d'une grosse figue et pesant 2 onces 1/2 chacune.

Utérus atrophié. *Ovaires* petits et parsemés de kystes.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Paralysie de la sensibilité et du mouvement de tout le membre supérieur droit. Tumeur (fibrome) du plexus brachial, par M. LANDOUZY, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872, 5e *série, tome VII, p.* 610.)

Enfant de 16 jours, bien développé et présentant toutes les apparences de la santé.

Le membre supérieur droit, qui ne présente rien d'anormal, soit dans sa coloration, soit dans son volume, est complétement paralysé; il est absolument inerte et insensible.

L'enfant meurt à l'âge de 3 mois, sans avoir présenté aucun changement.

A l'*autopsie*, les branches antérieures des trois dernières paires cervicales et de la première paire dorsale se dirigent, celles-là obliquement, celles-ci transversalement, vers un renflement situé entre les deux scalènes.

Ce renflement, gris rosé, de consistance ferme, mesure, dans le sens vertical, 15 millimètres; dans le sens antéro-postérieur, 19 millimètres; cette tumeur, irrégulièrement triangulaire, du volume d'une petite amande, est en rapport, en avant, avec le muscle scalène antérieur, avec l'artère et la veine sous-clavière; en arrière avec le muscle scalène postérieur. Le tissu de nouvelle formation réunit les nerfs cervicaux et le premier dorsal et semble les englober de toutes parts. Les nerfs qui émergent de cette tumeur, n'offrent rien d'anormal.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agissait d'un fibrome.

Nous regrettons que l'examen microscopique des nerfs n'ait pas été fait. H. CHOUPPE.

Endocardite, suppurations multiples liées à l'état puerpéral, par MM. SEVESTRE et H. THORENS. (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, 1873, 5e *série, tome VIII, pp.* 319 *et* 325.)

Dans ces derniers temps l'attention des cliniciens a été appelée à nouveau avec beaucoup d'insistance sur les complications cardiaques de l'état puerpéral. Les deux faits suivants qui ont été recueillis avec beaucoup de soins sont des types d'endocardite puerpérale.

Observation I. — Les premiers symptômes d'endocardite (dyspnée, fièvre) se manifestèrent huit jours après l'accouchement; jusqu'a ce moment les suites de couches avaient été régulières. Mais ce ne fut que le 20e jour que la fièvre devint intense et que l'auscultation du cœur permit d'entendre un bruit de souffle en même temps que se produisirent des palpitations. Le 18e jour, hématurie avec probabilité d'embolie rénale. Le 19e jour, embolie de l'artère fémorale droite. — La malade meurt dans le coma le 23e jour après l'accouchement.

A l'*autopsie*, rien dans l'encéphale. Congestion des membranes. Infarctus récent du rein gauche.

Ecchymoses de la muqueuse gastro-intestinale.

Caillot embolique dans la fémorale droite.

Sur la valvule mitrale, végétations très-petites recouvertes d'une mince couche fibrineuse.

L'auteur combat, à propos de cette observation, l'opinion de M. Lancereaux, qui veut voir dans l'endocardite végétante une forme exclusivement en rapport avec l'état puerpéral, et il cite à ce propos plusieurs cas

d'endocardite végétante chez l'homme. Il insiste ensuite sur la distinction qu'il importe d'établir entre l'endocardite végétante et l'endocardite ulcéreuse, toutes deux accompagnées d'embolies multiples, mais dans la première forme n'agissant que mécaniquement, tandis que dans la seconde il existe en même temps une infection générale de tout l'organisme qui domine alors la scène et appelle surtout l'attention.

Observation II. — L'observation de M. Thorens se rapproche sous beaucoup de rapports de celle de M. Sevestre.

Il s'agit d'une femme morte à la suite de couches. Elle éprouvait depuis huit jours des douleurs articulaires lorsqu'elle fut prise de symptômes d'endocardite. L'on provoqua alors l'accouchement. La mort survint le lendemain. L'on trouva du pus dans les veines des ligaments larges et des infarctus purulents dans plusieurs organes.

Peut-on appeler ce dernier cas endocardite puerpérale. Nous ne le croyons pas. Il s'agirait plutôt d'une endocardite rhumatismale. Quant aux lésions de suppuration, l'on peut les attribuer à l'infection puerpérale.

H. CHOUPPE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

ANALYSES.

Clinique médicale, par le Dr Noël GUENEAU DE MUSSY. (*Paris*, 1874, *chez Delahaye.*)

Les leçons cliniques que M. Gueneau de Mussy vient de réunir en un premier volume, ont été déjà pour la plupart publiées séparément dans différents journaux et recueils. Classées et catégorisées par ordre de sujets, telles qu'elles nous sont aujourd'hui offertes, elles gagnent singulièrement en relief et font voir d'une façon bien plus immédiate l'idée médicale dominante qui a présidé à leur composition. C'est en effet l'un des mérites et comme la qualité particulière de M. Gueneau de Mussy, que tout en appartenant par sa nature d'esprit et la rigueur des procédés cliniques à l'époque scientifique actuelle, il se rattache volontiers par ses traditions et par ses doctrines aux générations médicales antérieures, en sorte qu'il sait allier à la précision de l'école de Louis le sens pratique de son maître Chomel.

Ces principes, du reste, sont fort bien exposés dans les deux premières leçons de l'ouvrage, qui sont comme un programme complet

de la doctrine éclectique à laquelle appartient M. Gueneau de Mussy. Est-il organicien à la façon des médecins qui subordonnent tout à l'étude de la lésion locale ? Non, car derrière cette lésion, il y a une résistance vitale bien différente suivant les malades, comme il le fait ressortir dans deux leçons intéressantes sur la marche des affections cardiaques. Est-il vitaliste à la façon de Stahl? Pas davantage, car s'il admet la force vitale qui maintient l'harmonie des fonctions, il ne perd pas de vue l'instrument ni l'organe malade.

Cette double tendance de son esprit, d'une part, à préciser rigoureusement la lésion locale, d'autre part à étudier la manière dont l'organisme réagit suivant les individus, s'accentue pour ainsi dire à chaque page de ce travail.

Nous trouvons la préoccupation d'être exact, presque jusqu'à la minutie, dans les leçons du début sur quelques points du système nerveux. L'analyse des diverses formes du vertige, suivant la modalité pathogénique qui lui donne naissance, la description des symptômes observés dans les tumeurs du cervelet, les remarques auxquelles donne lieu l'étude des phénomènes de la sensibilité réflexe, présentent cette qualité à un singulier degré. J'en dirai autant de la leçon sur la péricardite, où le détail des signes physiques, la détermination précise de la localisation de la douleur, l'interprétation des bruits variables qui peuvent se produire au niveau de la séreuse ou en dehors du péricarde, sont discutés avec rigueur. Les chapitres qui traitent de l'anévrysme de l'aorte, des premiers signes de la tuberculose, de l'adénopathie bronchique, de la pleurésie diaphragmatique, se rapprochent des précédents par l'analyse minutieuse des phénomènes physiques.

Mais ce n'est pas là, on le sent, le terrain de prédilection de l'auteur. Les sujets qu'il préfère et sur lesquels il s'appesantit le plus volontiers ont trait à l'histoire du malade, bien plutôt qu'à celle de la maladie : c'est lui en effet qu'il a en vue derrière la lésion que ses sens constatent, et c'est à la disposition innée chez lui, à la diathèse en un mot, qu'il s'adresse de préférence pour formuler une prescription thérapeutique.

C'est ainsi, par exemple, que, dans la description de la chlorose, il a soin de distinguer des formes différentes suivant qu'elle se développe chez des arthritiques ou chez des scrofuleux, et qu'elle s'accompagne ou non de névroses étrangères. De même, dans l'histoire du rhumatisme, cette affection diathésique par excellence, il s'applique bien moins à en décrire les symptômes connus qu'à rechercher ses affinités avec la goutte, et à montrer comment il se modifie dans sa marche et dans ses allures chez les tempéraments strumeux. Aussi le voyons-nous, tout en reconnaissant les profondes différences qui séparent la goutte franche du rhumatisme, accepter pour ces deux maladies une parenté commune et en faire

deux formes pathologiques issues d'une même origine. Ces considérations reviennent plusieurs fois, en d'autres points de ces leçons, à propos de l'athérôme artériel, qui pour lui relève directement de l'arthritisme et du rhumatisme, puis secondairement de l'alcoolisme; enfin, dans une leçon exclusivement consacrée à l'étude de la diathèse arthritique et qui est une intéressante confirmation des doctrines médicales de M. Bazin à cet égard.

La tuberculose tient une grande place dans les cliniques de M. Gueneau de Mussy : elle est étudiée dans le même esprit, et par quelques côtés ces leçons complètent et confirment certains articles de M. Pidoux sur la phthisie pulmonaire. Comme lui, il admet l'antagonisme, dans une certaine mesure, des manifestations arthritiques et des manifestations tuberculeuses : l'asthme par exemple, paraît peu compatible avec l'évolution des produits tuberculeux. A son exemple encore, il n'accepte qu'avec doute, et comme une lésion accessoire et secondaire de la tuberculose, la pneumonie caséeuse ; mais il s'éloigne de ses doctrines dans un chapitre plein d'intérêt, où, discutant les expériences de M. Villemin sur l'inoculation de la phthisie, il se range à l'idée contagioniste et accepte (quoique dans une mesure restreinte), la virulence du produit tuberculeux.

Telles sont les principales questions qui sont traitées dans ce premier volume. J'ajouterai que tout en touchant aux points les plus élevés de médecine, elles ne perdent pas pour cela leur caractère pratique lorsqu'il s'agit d'aborder la notion thérapeutique. Le traitement de la maladie est toujours exposé avec soin et en grands détails : on y sent le médecin qui traite une question de lui bien connue et qui livre le résultat d'une longue expérience pratique.

H. R.

De la forme ambulative ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde, par le Dr VALLIN, agrégé au Val-de-Grâce. (*Arch. gén. de méd., nov.* 1873.)

« La fièvre typhoïde peut, dans des cas rares, arriver aux termes avancés de son évolution, se révéler tout d'un coup par des accidents graves et même mortels, sans que la température, mesurée au thermomètre, soit sensiblement sortie des limites de l'état normal. » Telle est la proposition que l'auteur développe dans son travail. Déjà Louis, en 1829, dans la première édition des *Recherches sur la gastro-entérite*, consacre un chapitre à ce qu'il appelle : affection typhoïde sous forme latente. Sur cinq observations qu'il publie sous ce titre, on en remarque deux où les malades ont eu un état fébrile nul ou presque insignifiant, qui ont pris un peu de nourriture, se sont promenés chaque jour et qui ont été emportés par une hémorrhagie intestinale foudroyante (page 339). Beau-

coup de cas décrits sous les noms de *fièvre lente nerveuse*, *fièvre maligne lente*, par Huxham, Rœderer, etc., peuvent rentrer dans la forme dite *ambulatoire* de la fièvre typhoïde, ou *typhus ambulatorius*, mot qui doit être conservé, puisque les malades promènent en effet leur fièvre typhoïde.

Il est des maladies, comme par exemple la pleurésie, qui peuvent être latentes pour le malade, mais qui ne le sont pas pour le médecin : la fièvre typhoïde à forme ambulative ou apyrétique grave est latente pour le malade et le médecin.

Griesinger (*Traité des maladies infectieuses*) n'admet pas de fièvre typhoïde apyrétique et ne tient pas compte des anomalies qui peuvent quelquefois par exception contredire la loi trop rigoureuse posée par Wunderlich : *toute maladie qui au soir du quatrième jour n'atteint pas 39°5 n'est pas une fièvre typhoïde*. Cependant il est bon de rappeler qu'il a observé un cas où, pendant le second stade, la température du matin et du soir était à peu près normale et où, l'exacerbation quotidienne, de très-courte durée, se produisait dans le milieu de la journée, à midi. — Henri Roger (*Recherches cliniques sur les maladies des enfants*. Paris, 1872) cite un cas où le sixième jour la température marquait seulement 38°4, et chez un autre elle ne dépassa point 37°8 du huitième au neuvième jour.

Dans tous les cas, il y a lieu de faire une distinction très-importante entre les formes atténuées, frustes ou légères de la fièvre typhoïde qu'on a désignées sous les noms de *typhus abortif*, *levis* ou *levissimus*, décrits par Schmidt, Griesinger, Lebert et Laveran (*Arch. méd., 1870*) et le *typhus ambulatorius*. En effet, le typhus abortif est une fièvre typhoïde bénigne, caractérisée par un mouvement fébrile de courte durée, variant de quatre à quatorze journées, tandis que le typhus ambulatorius est une fièvre typhoïde à forme insidieuse, apyrétique et toujours grave, et malgré l'absence de température fébrile, elle peut s'accompagner de troubles profonds de la nutrition et de complications redoutables (hémorrhagies, ruptures musculaires, vastes eschares, etc.).

Voici le résumé des deux observations très-intéressantes que le Dr Vallin cite à l'appui de ce travail :

Le malade, âgé de 24 ans, qui fait le sujet de la première observation, se plaignait pendant les cinq jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, de courbature et d'anorexie. Pendant les dix jours qui suivirent son entrée, la maladie n'était marquée que par un état saburral de la langue, de l'anorexie, des vertiges pendant la marche, une légère épistaxis, un peu de céphalalgie, de la courbature, des rêvasseries nocturnes. Il n'y avait pas de diarrhée, pas de douleur ni de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées; il se promenait tous les jours, le pouls marquait 72 et le thermomètre ne dépassait jamais, le soir comme le matin, 37°6. Le dix-septième jour environ de sa maladie, on le trouva dans un état de prostration extrême, la température était descendue au-dessous de la normale ; le malade avait eu une abondante hémorrhagie intestinale et était tombé dans la stupeur. A partir de ce jour,

la température s'élève le soir jusqu'à 39°2 et 39°6, une eschare assez étendue se montre au sacrum et contribue à retarder la convalescence. La température qui, pendant cinq jours après l'hémorrhagie, s'est maintenue entre 39° le matin et 39°5, tombe progressivement à 38°5 puis 38° le matin, tandis qu'elle se maintient à 39°5 le soir.

Dans la seconde observation, le diagnostic a été confirmé par l'autopsie. Pendant quinze à vingt jours le malade a eu un état de dépression mal défini, une faiblesse générale qui ne l'empêchait pas de se lever et de marcher, mais pendant dix-huit jours la température oscille entre 36°8 et 37°6, quand tout à coup il est pris des symptômes de péritonite suraiguë et meurt en 24 heures. A l'autopsie, on trouva des ulcérations très-étendues des plaques de Peyer, une péritonite par propagation sans perforation, une dégénérescence vitreuse avec ruptures et hémorrhagies des muscles de l'abdomen et de la cuisse.

L'auteur a raison de faire remarquer que l'élévation de la température n'est qu'un symptôme de la fièvre, mais qu'elle ne constitue pas à elle seule la fièvre, et que ce symptôme peut manquer. Or, si l'état fébrile consiste dans l'exagération des combustions, nous pensons que, dans les cas de ce genre, on ne doit pas seulement consulter la température, mais examiner les urines et mesurer exactement la quantité des déchets organiques, de l'urée et des matières extractives rendues par jour. HENRI HUCHARD.

Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie de certains os et arthropathies multiples, par HALLOPEAU. (*Soc. Biol.*, 7 *déc.* 1872 *et Gaz. méd.*, *Paris*, *n°* 44.)

L'affection de cette femme, remontant à 10 ans, a d'abord été caractérisée par des douleurs au niveau des jointures dans les mains. Celles-ci prenaient de temps en temps une coloration violacée; la malade y ressentait des douleurs vives, une sensation d'engourdissement, de fourmillement; puis les douleurs se localisèrent dans les deux premiers doigts des deux côtés. Des taches rouges apparurent à plusieurs reprises sur les mains ; certaines d'entre elles se recouvraient de croûtes minces qui, à leur chute, laissaient une tache blanchâtre au niveau de laquelle la peau semblait comme rétractée; puis les doigts ont été portés de plus en plus dans un état de flexion dans laquelle ils s'immobilisèrent. Enfin les lésions cutanées et les douleurs s'étendirent aux coudes et aux épaules.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait sur différents points de la peau des taches nombreuses : les unes blanches, ressemblant à des cicatrices, d'autres faisant saillie, se présentant sous forme de brides d'apparence fibreuse (elles sont surtout abondantes à la face, au cou, aux épaules, aux extrémités). D'autres, en plus petit nombre, de coloration rouge ou rosée, existant à la face et à l'épaule ; une d'elles supporte dans sa partie centrale une croûte d'un vert noirâtre. — Face immobile ; rétrécissement des orifices naturels, des paupières, du nez, de la bouche, diminution de volume de la langue, dont les mouvements sont gênés. — Beaucoup d'articulations ont perdu leurs mouvements normaux; l'abaissement des mâchoires ne se fait qu'incomplétement; les mouvements de rotation du cou sont très-limités, les

mouvements des articulations des bras et avant-bras sont réduits, les poignets paraissent ankylosés.

Aux mains, les lésions sont considérables ; atrophie plus ou moins complète allant jusqu'à la disparition de quelques phalanges ou phalangettes; ankylose de certaines jointures et extrême laxité de certaines autres ; flexion des doigts.

Les avant-bras sont diminués de volume ; aux membres inférieurs les altérations sont moins prononcées, les téguments n'y sont atrophiés qu'au niveau des malléoles, les articulations du cou-de-pied sont cependant ankylosées et toutes les phalanges des orteils sont soudées entre elles. — Aucune altération des viscères.

Ce cas est intéressant par la disparition de phalanges entières sans suppuration, sans issue de fragments, sans plaie extérieure ; par l'existence des arthropathies, des lésions cutanées dont la marche indique certainement un processus inflammatoire, par l'atrophie des muscles de la langue, des lèvres, de l'avant-bras et par la disparition de la couche graisseuse sous-cutanée dans les points où la peau était profondément atteinte.

La symptomatologie de cette affection présente beaucoup d'analogie avec la maladie que l'on a décrite sous le nom d'*atrophie unilatérale de la face* et de *trophonévrose*. Dans les deux cas, la peau se rétracte, prend l'aspect cicatriciel, les articulations s'altèrent, les muscles, le tissu cellulaire, le squelette s'atrophient. Les altérations paraissent identiques dans leur nature, leur localisation seule diffère. On peut être amené ainsi à considérer ces deux états morbides comme des variétés d'une même affection, surtout si l'on se rappelle que tout récemment Emminghaus a vu se développer une atrophie unilatérale de la face chez un individu qui présentait au membre inférieur correspondant des lésions de la sclérodermie. Celles-ci ont pour origine un trouble de l'innervation. On remarque en effet, dans les lésions des nerfs, certains accidents qui se rapprochent de la sclérodermie ; ainsi, une névrite traumatique a pu déterminer, dans la sphère du nerf malade, une éruption de plaques érythémateuses qui plus tard ont fait place à des taches pigmentaires ; les jointures rouges et tuméfiées ont fini par s'ankyloser, et Fischer a même observé une atrophie des os.

L'auteur se demande ensuite dans quelle partie du système nerveux la maladie doit être localisée. « L'absence de troubles sensitifs et moteurs permet d'éliminer immédiatement les troncs nerveux périphériques et la substance blanche de la moelle épinière ; les troubles trophiques que les lésions de la substance grise antérieure provoquent dans les muscles, les articulations et les téguments, pourraient faire penser à une myélite centrale ; mais nous considérons cette hypothèse comme inadmissible, car cette variété de myélite est bien connue aujourd'hui, et jamais jusqu'ici elle ne paraît s'être accompagnée de sclérodermie. »

C'est dans le système ganglionnaire, en un mot, qu'il faut placer

les altérations de la sclérodermie ; les phénomènes d'asphyxie locale qui ont été observés sont dus à un trouble d'innervation vasomotrice.

Dans la majorité des cas, les diathèses arthritique et scrofuleuse sont étrangères au développement de cette maladie. L'hérédité ne joue un certain rôle qu'autant que la prédisposition se révèle par des troubles de l'innervation. Ainsi, dans l'observation précédente, un frère de la malade était aliéné et sa mère avait été paralysée d'un côté.

M. Hallopeau propose de remplacer la dénomination impropre de *sclérodermie* par celle de *trophonévrose disséminée*.

HENRI HUCHARD.

Zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens (Du cœur forcé), par SEITZ. (*Deutsches Archiv f. klinische Medicin, vol. XI et XII.*)

« Il est une variété d'asystolie que l'on pourrait appeler essentielle, parce qu'elle peut exister sans lésion du cœur antécédente, sans autres désordres anatomiques que ceux qu'elle détermine par elle-même. » Cette proposition de M. Raynaud (article Cœur du *Nouveau Dictionnaire*) pourrait servir d'épigraphe au travail de Seitz. Cet auteur, en effet, s'efforce de démontrer qu'on peut voir se développer, à la suite de fatigues excessives, tous les symptômes d'une maladie du cœur, sans qu'il existe cependant aucune altération appréciable de cet organe. « Que l'on se figure, dit M. Raynaud, un individu venant de marcher, ou mieux encore de courir de toutes ses forces, et, comme on dit, à perdre haleine. En même temps que les battements du cœur sont extrêmement précipités, il y a un abaissement de la tension artérielle et une augmentation de la tension veineuse avec dilatation des capillaires..... on voit même fréquemment survenir dans ces circonstances un peu d'œdème au pourtour des malléoles. Voilà une sorte d'asystolie tout à fait transitoire. Mais que, pour une raison quelconque, cet individu vienne à outre-passer cette limite, que sa propre fatigue l'invite en général à respecter, qu'il soit surmené, en un mot, et, de transitoire, l'asystolie pourra devenir permanente..... Voilà ce que Beau appelait, dans son langage pittoresque, un cœur forcé. »

Le long travail de Seitz n'introduit donc aucun élément nouveau dans l'histoire des maladies du cœur. Il est intéressant, néanmoins, par les nombreuses observations qu'il renferme, observations qui permettent de tracer avec plus de précision et plus de détails le tableau clinique d'un état morbide qui, il faut le reconnaître, n'avait peut être pas suffisamment attiré l'attention des médecins. Il se présente le plus souvent à l'observation sous la forme suivante :

un homme, encore jeune, entre à l'hôpital; sa santé antérieure a été généralement bonne; il a pendant longtemps gagné son pain à la sueur de son front; il se trouve maintenant dans l'impossibilité de travailler; au moindre effort, il est pris de dyspnée et de battements de cœur; il éprouve une sensation de constriction dans la poitrine; il lui semble qu'un poids lui comprime la région précordiale. S'il veut passer outre, il est pris de douleurs au devant du cœur, de frisson, de toux et d'hémoptysie, quelquefois il perd connaissance, son état s'aggrave progressivement; les palpitations deviennent plus violentes, l'oppression plus vive; il y a menace de suffocation pendant les accès; la face se cyanose, les membres inférieurs s'œdématient, le malade prend le lit : tantôt l'œdème reste limité aux extrémités inférieures, tantôt il se généralise; des épanchements se font dans les séreuses; le foie augmente de volume; le symptôme dominant est toujours la dyspnée.

Tout chez ce malade indique l'existence d'une affection cardiaque. Le pouls est irrégulier, petit et misérable, l'impulsion du cœur est faible, on sent mal le choc de la pointe; la matité précordiale peut être normale ou considérablement augmentée ; les bruits sont sourds et mal frappés.

Il n'y a pas de bruits anormaux ; quelquefois cependant on constate l'existence au premier temps d'un très-léger souffle; quelquefois on entend, en outre, comme de légers frottements. On diagnostique le plus souvent une insuffisance mitrale ou une péricardite.

Dans certains cas, l'état du malade s'améliore assez sensiblement pour qu'il puisse quitter l'hôpital et reprendre son travail; mais, au bout de quelques semaines, les mêmes symptômes réapparaissent, et bientôt le malade succombe, soit subitement, soit aux progrès de l'asphyxie. A l'autopsie, on trouve dans tous les organes les lésions congestives qui sont le résultat habituel des affections cardiaques; le péricarde est intact, le cœur est dilaté; ses parois ont leurs dimensions, leur aspect et leur structure physiologiques; à peine voit-on, çà et là, quelques fibres dégénérées; les valvules sont normales; on remarque entre les colonnes charnues ou dans les auricules quelques caillots anciens.

On ne trouve ainsi aucune des lésions dont on avait pu soupçonner l'existence; les orifices sont intacts, et le muscle cardiaque ne présente aucune altération notable. Les symptômes observés dénotaient bien cependant un affaiblissement des contractions cardiaques; il faut donc admettre que cet affaiblissement s'est produit en l'absence de toute lésion appréciable, et les circonstances dans lesquelles il s'est manifesté semblent indiquer qu'il a eu pour cause l'excès de travail de l'organe. Le cœur, longtemps surmené, s'est trouvé hors d'état de remplir ses fonctions ; ses parois se sont laissé

distendre, et l'on a vu se développer tous les symptômes que nous avons énumérés.

Les bruits de frottement que l'on perçoit parfois dans ces circonstances pourraient faire croire à une péricardite ; l'auteur affirme, avec Gendrin et Mettenheimer, qu'on les entend parfois en l'absence de toute lésion de la séreuse ; ils sont alors très-peu prononcés.

L'insuffisance relative des orifices auriculo-ventriculaires rend compte des bruits de souffle que l'on trouve notés dans quelques observations. HALLOPEAU.

Cerebro-spinal fever, with facts and statistics of the recent epidemic in New-York city (De la fièvre ou méningite cérébro-spinale ; relation d'une épidémie récemment observée à New-York), par J. Lewis SMITH. (*The American Journal of med. sc., oct.* 1873.)

Une épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit à New-York dans les premiers mois de l'année 1872, a été le point de départ de cette étude pour laquelle l'auteur a utilisé, outre les faits observés par lui-même, les travaux publiés sur ce sujet. Nous nous bornerons, dans cette analyse, à résumer les points les plus originaux.

Lewis Smith rappelle d'abord que l'on vit, avec l'épidémie de New-York, coïncider dans une proportion insolite, des cas de pleuro-pneumonie à forme adynamique ; ainsi, du 1er février au 1er juin (c'est-à-dire dans la période où l'épidémie était à son maximum d'intensité) on compta, outre les cas de phthisie pulmonaire, 1707 cas de mort par maladies de l'appareil respiratoire, tandis que dans les huit autres mois, il y en eut seulement 1336. Dans certains de ces cas, dit L. Smith, c'était en réalité une véritable fièvre cérébro-spinale, portant son action spécialement sur le poumon.

Sur la question de la *contagion,* Smith est porté à croire, d'après les faits qu'il a observés, que la fièvre cérébro-spinale n'est pas contagieuse, ou qu'elle l'est tout au plus à un faible degré.

L'épidémie de New-York, avant de sévir sur l'homme, avait déjà depuis plusieurs mois (ainsi qu'on l'a vu dans d'autres épidémies) exercé ses ravages sur les chevaux ; il ne paraît pas cependant qu'elle se soit transmise des animaux à l'homme.

Au nombre des *causes prédisposantes* les plus importantes, on doit signaler surtout les excès et les fatigues, puis le sexe (484 hommes, 421 femmes), mais l'influence la plus marquée a été celle de l'âge ; de telle sorte que dans l'épidémie de New-York, il s'agissait, dans les trois quarts des cas, d'enfants au-dessous de dix ans.

Voici du reste le tableau détaillé des 975 cas :

Au-dessous de 1 an	125
de 1 à 5 ans	336
de 5 à 10 ans	204
de 10 à 15 ans	106
de 15 à 20 ans	54
de 20 à 30 ans	79
au-dessus de 30 ans	71
	975

Symptômes.— On observa dans quelques cas une forme *abortive* dans laquelle les symptômes étaient peu intenses, bien que nettement caractérisés, mais surtout très-fugaces. Dans d'autres cas, ils étaient encore peu accusés, mais persistaient pendant la durée habituelle.

La maladie débuta en général brusquement, par un frisson unique, et chez les enfants par des convulsions. Dans tous les cas observés par l'auteur, l'apparition des accidents eut lieu de midi à six heures du soir. Les vomissements se sont presque constamment montrés dès le début. Dès le début aussi, la température s'élevait à un degré très-élevé, plus élevé même que celui qu'elle devait garder pendant la période d'état. Dans un cas observé chez un enfant de 3 ans, la température était de 107,2/5 (41°,9) deux ou trois heures après l'invasion de la maladie.

Les troubles des organes des sens que signalent la plupart des auteurs ont été observés assez souvent. Ainsi on a constaté, outre le strabisme (qui peut être intermittent) et les modifications du diamètre de la pupille, des lésions inflammatoires, ordinairement limitées, mais quelquefois très-intenses. Dans quelques cas très-rares du reste, on avait porté le diagnostic d'ophthalmie purulente.

La surdité a été observée dans un dixième des cas ; elle survenait quelquefois pendant la convalescence, mais ordinairement à une période moins avancée ; on la constatait lorsque la stupeur cessait. Cette surdité a été rattachée par quelques auteurs à une cause centrale ; mais l'existence assez fréquente de lésions inflammatoires dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne est un argument très-sérieux contre cette théorie, que repoussent d'ailleurs, avec Smith, la plupart des médecins spécialistes de New-York.

Le *pronostic* de la méningite cérébro-spinale est très-grave ; sur 52 cas vus par l'auteur, il y eut 26 guérisons et 26 décès. — La mort survint en général dans la première semaine, quelquefois dès le premier et le deuxième jour. — Une fois elle eut lieu le vingt-unième jour, à la suite d'hémorrhagies par les muqueuses, et dans deux cas après deux mois, par les progrès de la consomption.

— Le pronostic est surtout grave au-dessous de 5 ans et au-dessus de 30.

Les *lésions anatomiques* sont étudiées d'après l'examen de 76 faits que l'auteur reproduit en résumé, mais cette étude ne présente rien qui ne soit déjà connu. Signalons seulement le cas d'un jeune homme de 14 ans, malade depuis trois jours et dont le cerveau, examiné sept heures après la mort, présentait outre les lésions de la méningite un ramollissement très-marqué. Dans un cas observé chez un enfant affecté à l'âge de 5 mois, il existait, deux mois après, une hydrocéphalie considérable avec distension de la fontanelle antérieure.

Après avoir discuté les opinions émises sur la *nature* de la fièvre cérébro-spinale, Lewis Smith déclare qu'il la considère comme une maladie constitutionnelle reconnaissant une cause spécifique encore inconnue, et dont la manifestation locale la plus importante porte sur les centres nerveux. Quant à la place qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique, voici tout ce que l'on peut dire :

Elle se rapproche de la scarlatine par la soudaineté et la violence de son début ; par ses symptômes, elle confine d'une part à la méningite simple, d'autre part au typhus ; enfin, par son apparition sous forme d'épidémies, elle ressemble à la grippe et au choléra.

Traitement. — Les émissions sanguines locales sont souvent indiquées le premier jour, mais à une période plus avancée, elles sont plutôt nuisibles ; comme moyens de même ordre, destinés à agir sur l'état congestif des centres nerveux, on doit citer la glace et les révulsifs.

A la période d'état, Lewis Smith a employé avec quelque apparence de succès l'ergot de seigle et surtout le bromure de potassium, en particulier chez les enfants.

Contre les douleurs et les phénomènes d'excitation, l'opium a ordinairement bien réussi, et en tout cas beaucoup mieux que l'hydrate de chloral.

Quant à la quinine, tant prônée par quelques auteurs, elle ne rend de services que par ses propriétés toniques. On sait, du reste, qu'assez rapidement les toniques deviennent nécessaires dans cette maladie, essentiellement asthénique.

A. SEVESTRE.

Recherches sur l'anémie saturnine, par M. L. MALASSEZ. (*Soc. biol.*, 6 *déc.* 1873; *Gaz. méd.*, *Paris*, 1874.)

M. Andral a déjà depuis longtemps constaté (*Hématologie*, p. 52) que le sang des saturnins présente une diminution notable dans la proportion des globules rouges. M. Malassez vient de déterminer

exactement, par son procédé de numération des globules, la perte que ceux-ci subissent sous l'influence du saturnisme. Les globules sont, chez les saturnins, de une à deux fois moins nombreux que chez l'homme sain. Mais cette hypoglobulie est variable suivant les cas : d'abord, suivant les professions; il est évident, en effet, qu'on doit trouver un nombre de globules plus faible chez les ouvriers qui sont exposés davantage aux poussières plombiques. — L'âge peut avoir également une influence par suite de la moindre résistance vitale que les individus âgés peuvent opposer aux intoxications. Quant à l'influence du sexe, de la constitution, etc., elle ne peut encore être nettement établie.

Il résulte aussi des expériences de M. Malassez que l'hypoglobulie saturnine disparaît lentement, même après la disparition des accidents aigus, et alors que les malades ne sont plus soumis à de nouvelles sources d'intoxication.

Dans la plupart des cas observés, l'administration des purgatifs a été suivie d'une augmentation momentanée du nombre des globules rouges, par suite de la déperdition des liquides par l'intestin.

Dans un cas, le nombre des globules est resté pendant trois mois stationnaire chez un malade qui prenait de l'iodure de potassium; dès que le traitement fut remplacé par l'iodure de fer, le nombre des globules augmenta en 15 jours de 500,000 par millimètre cube.

Mais si les globules sont moins nombreux chez les saturnins, ils sont plus volumineux ; de 7 à 7,5 qu'ils ont en moyenne à l'état normal, ils montent dans l'intoxication saturnine à 9 et 9,5 ; c'est une véritable *macrocythémie*. Cette altération a pu être constatée pendant plus de trois mois chez un malade. On pourrait penser dès lors que la diminution du nombre des globules rouges est compensée par leur augmentation de volume. Au point de vue du poids, la compensation n'existe pas, puisque Andral et Gavarret ont démontré que pour 1,000 grammes de sang le poids des globules est descendu à 83 au lieu de 127, chiffre normal.

De plus, par le calcul, M. Malassez montre que le volume et la surface de chaque globule sont augmentés, tandis que le volume et la surface des globules compris dans une même quantité de sang sont diminués. L'augmentation dans les dimensions ne compense donc pas complétement la diminution dans le nombre. L'augmentation de volume des globules sanguins a l'inconvénient de rendre le sang moins fluide, par suite de la difficulté qu'éprouvent les globules trop volumineux à traverser les capillaires. Une autre cause de ralentissement du sang, c'est la présence même du plomb dans le sang des saturnins. M. Potain a pu, en effet, constater que du sérum contenant 1 pour 1,000 d'acétate de plomb passait plus lentement dans les capillaires que du sérum pur. Il faut encore ajouter à cette cause l'état rigide des parois vasculaires.

Enfin, les globules subissent encore une autre modification : ils

sont plus fixes, moins altérables, de sorte que s'ils possèdent la même résistance pour les actions vitales qui leur sont dévolues, il en résultera une nouvelle cause d'anémie.

En résumé, l'intoxication saturnine produit dans le sang les altérations suivantes : hypoglobulie, macrocythémie, fixité plus grande des globules, diminution dans l'activité circulatoire, due elle-même à trois causes : à l'augmentation du volume des hématies, à la présence du plomb dans le sang, à l'état athéromateux des vaisseaux.

HENRI HUCHARD.

TRAVAUX A CONSULTER.

Sur l'ascite huileuse, par BERGERET, de Saint-Léger (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., nov.* 1873.)

Il s'agit d'une paracentèse abdominale ayant donné issue à un liquide blanc laiteux. La malade était une fille de 27 ans, scrofuleuse, avec tubercules ramollis au sommet des deux poumons. La paracentèse fut pratiquée deux fois, à un mois d'intervalle, et laissa chaque fois écouler le même liquide, contenant par litre 16 grammes 70 de matières grasses, de l'albumine en grande quantité, beaucoup de chlorures, un peu de sulfates. Recherchant si des observations semblables se trouvaient déjà dans la science, l'auteur n'en a trouvé qu'un cas, observé par Marshall-Hugues, et cité à l'article ASCITE du *Dict. encyclop. des sciences médic.* (t. VI, page 447).

A. DUVAL.

On abcess of the larynx simulating croup (Abcès du larynx simulant le croup), par William STEPHENSON. (*Edinburgh medical Journal, oct.* 1873, *p.* 312.)

Indépendamment des abcès rétropharyngiens, qui, dans une certaine mesure, se traduisent par les mêmes symptômes que le croup, quelques laryngites aiguës passant à la suppuration peuvent être confondues avec cette maladie. C'est sur le diagnostic de cette variété de phlegmon qu'insiste tout particulièrement l'auteur. Voici, d'après lui, les principales différences qui séparaeraient l'abcès du larynx du croup :

1° L'affection se développe plus graduellement, et met la vie moins rapidement en danger que le croup.

2° Un des symptômes dominants est la dysphagie : chaque mouvement de déglutition provoque un violent accès de suffocation. Dans le croup, la dysphagie est exceptionnelle.

3° Le changement de position, et particulièrement le décubitus horizontal, aggrave la dyspnée s'il existe un abcès du larynx.

4° La toux, bien que voilée, est assez sonore, et ne ressemble pas à la toux de la laryngite diphthéritique, de sorte que ce symptôme doit tout d'abord mettre le médecin en garde et faire soupçonner une affection extra-laryngée.

Les abcès du larynx ont été peu étudiés. Quatre cas, publiés dans divers recueils, un article de Rilliet et Barthez sur la laryngite sous muqueuse, et une note parue dans le *Philadelphia medical Times* pour 1873 (juin) constituent toute la littérature connue sur cette affection. L'auteur a eu l'occasion de voir dans sa pratique trois nouveaux cas d'abcès laryngés, qu'il a rapportés avec détails. Dans deux de ses observations, l'affection s'était montrée à la suite de fièvres éruptives, et consécutivement à une adénite cervicale suppurée. H. R.

On adenoid disease (De la maladie adénoïde), par le Dr R. SOUTHEY. (*St. Bartholomew's hospital Reports, vol. IX,* 1873, *p.* 46.)

Vingt-deux observations suivies de remarques, tels sont les éléments de ce travail. Les deux premiers faits rapportés appartiennent en propre à l'auteur et rentrent dans la classe de ceux que Trousseau désignait sous le nom d'adénie; quant aux autres, on est frappé, en en lisant les détails, de n'y point trouver plus souvent indiquée la proportion des globules blancs du sang; ajoutons qu'une augmentation du nombre des leucocytes est signalée dans quelques cas, sans que l'auteur juge à propos de mettre ceux-ci à part. On voit que le Dr Southey se range dans le camp des unicistes. Tandis que l'école de Trousseau regarde la leucémie et l'adénie comme deux entités distinctes, Wunderlich les considère comme deux degrés d'une même affection; Isambert, Archambault et Bergeron se sont prononcés, à la Société médicale des hôpitaux, dans un sens analogue, sinon identique, et c'est sans doute parce qu'il pense comme eux que l'écrivain anglais enregistre si facilement des observations où l'état du sang n'est pas noté. Pour lui, l'augmentation du nombre des globules blancs n'est qu'un phénomène accessoire, pouvant exister ou manquer, la nature du mal restant la même. Fondé sur deux faits tirés de sa pratique, il incline à penser avec Virchow que la multiplication des globules blancs n'existe qu'au cas où la rate est compromise. Il croit, d'autre part, que la guérison, impossible au deuxième degré (induration des ganglions), ne l'est pas absolument au premier, c'est-à-dire quand les lésions ne dépassent point la prolifération intra-folliculaire des corpuscules lymphatiques. P. GINGEOT.

A few observations upon a case of scarlet fever complicated with inflammation of the tongue (Quelques observations sur un cas de scarlatine compliquée de glossite), par W. COLLINS. (*Irish hosp. Gaz.,* 15 *nov.* 1873.)

L'inflammation parenchymateuse de la langue est une complication très-rare de la scarlatine. A peine en peut-on trouver quelques exemples dans les auteurs.

Dans le cas actuel, la glossite se développa au dixième jour d'une scarlatine régulière. La langue desquamée présentait l'aspect framboisé caractéristique. Il se fit dans la nuit un gonflement si considérable, que la déglutition et la respiration en furent notablement gênées. Une application de sangsues sur les côtés du frein ne procura aucun soulagement. Comme les accidents augmentaient et prenaient un caractère grave, on pratiqua avec une lancette deux incisions parallèles au raphé median de la face inférieure de la langue. L'écoulement de sang et de sérosité par ces ouvertures fut suivi d'une prompte amélioration. H. DANLOS.

De l'albuminurie latente, par le Dr Noël GUENEAU de MUSSY, méd. de l'Hôtel-Dieu. (*Un. méd., p.* 49, 1874.)

M. Gueneau de Mussy attire l'attention sur une forme d'albuminurie assez fréquente, qui ne se révèle par aucun des phénomènes habituels du mal de Bright ; il rapporte plusieurs observations de malades qui ne souffraient que d'un peu de fatigue, de paresse d'esprit, d'inaptitude au travail, de dyspepsie, puis survenaient subitement des accidents d'urémie que l'auteur appelle plus volontiers toxurie. Les symptômes les plus habituels de la période latente de l'albuminurie sont, outre ceux indiqués plus haut, l'amaigrissement, une légère altération des facultés génitales, des vertiges, défaillances, de la céphalée, et parfois un peu de bouffissure périmalléolaire. Les urines sont plus rares qu'abondantes, plutôt pâles, quelquefois colorées par du sang. Des douleurs rénales, souvent unilatérales, se montrent facilement dans cette forme d'albuminurie. Celle-ci est, dans un grand nombre de cas, une dyscrasie arthritique, elle est souvent précédée de gravelle urique et se rapporte à la lésion désignée sous le nom d'atrophie du rein, rein goutteux des Anglais. Les symptômes urémiques varient, mais la dyspnée, le délire, le coma sont les terminaisons les plus communes. J. C.

Aus der medicinischen Klinik zu Basel, par IMMERMANN. (*Deutsches Archiv für klinische medicin,* 12e *vol.*)

1° *Rhumatisme articulaire aigu avec hyperpyrexie terminale.*

Il s'agit d'un malade qui a succombé inopinément, le dixième jour, d'un rhumatisme articulaire aigu : on avait remarqué à la visite du soir que les douleurs avaient diminué d'intensité; par contre la température s'était élevée de 39°.5 à 40°.2 ; à 9 heures elle était de 40°.5; à 11 heures le veilleur trouva le malade dans un état de collapsus complet et presque sans connaissance, il était baigné de sueurs, le pouls était impalpable et d'une fréquence extrême le thermomètre marquait 42°,1 ; il s'éleva, au moment de la mort qui survint vers minuit, jusqu'à 42°,8.

On ne découvrit d'autre lésion à l'autopsie qu'une légère inflammation de quelques jointures ; le sang parut présenter une fluidité anormale; le cerveau et la moelle étaient intacts.

On a publié déjà plusieurs faits analogues; il est donc établi que, dans le rhumatisme articulaire comme dans le tétanos, l'épilepsie et les lésions graves du cerveau, il peut se produire soudainement, sans cause apparente, une élévation énorme de température accompagnée de troubles nerveux au milieu desquels la mort survient presque constamment. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question rapportent ces accidents à une paralysie des centres modérateurs de la chaleur (?); dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire, on a réussi à combattre les effets de cette hyperpyrexie et à en amener la disparition en traitant le malade par les réfrigérants.

Ces hyperpyrexies semblent coïncider assez fréquemment avec des sueurs profuses; il y a là un contraste remarquable avec ce que l'on observe généralement dans la fièvre, où la peau est le plus souvent très-sèche.

Immermann ne craint pas de supposer que, dans le premier cas, il se produit une paralysie, dans le second, une excitation du centre modérateur de la sécrétion sudorale; il formule à ce propos toute une théorie pathogénique de la fièvre et de l'hyperpyrexie agonale: dans la fièvre, la cause morbifique produit une excitation des trois centres vaso-moteur, excitateur de la calorification et modérateur de la sécrétion sudorale; dans l'hyperpyrexie agonale au contraire les centres modérateurs de la chaleur et de la sécrétion sudorale sont paralysés.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que ces prétendus centres modérateurs ou excitateurs sont des êtres de raison créés pour les besoins de la théorie, et que les hypothèses basées sur leurs altérations n'ont rien de scientifique.

2° *Meningitis cerebro spinalis epidemica* comme complication terminale d'une encéphalopathie chronique.

Nous ne rapporterons pas en détail cette observation qui n'offre rien de particulièrement intéressant, nous relèverons seulement parmi les remarques dont l'auteur en fait suivre la relation la proposition suivante qui mériterait d'être vérifiée : « Lorsque dans le cours d'une affection chronique de l'encéphale il se développe tout d'un coup un état hyperpyrétique, on doit penser à une complication fébrile et repousser l'idée d'une hyperpyrexie agonale, si l'élévation de la température coïncide avec un frisson. »

H. HALLOPEAU.

Clinical lecture on a case of pleurisy (leçon clinique sur un cas de pleurésie), par George JOHNSON. (*Brit. med. journ.*, 25 *oct.* 1873, *p.* 479.)

L'auteur, dans cette leçon, traite deux points importants : il recherche d'abord la raison des difficultés que peut rencontrer la résorption du liquide pleural, puis les causes de l'expectoration albumineuse. La résorption de l'épanchement peut être arrêtée, suivant Johnson, soit par la trop grande quantité du liquide, soit par l'épaisseur de la couche de fibrine non organisée qui recouvre la séreuse.

Dans le premier cas, la compression des veines pulmonaires et pleurales, et le gonflement exagéré consécutif des capillaires veineux

seraient l'obstacle qui s'opposerait à la résorption. A ce propos l'auteur fait observer que le même fait peut se produire dans le cas d'œdème excessif des membres. Alors des piqûres pratiquées, même en petit nombre, favoriseraient, en amenant la sortie d'une certaine quantité de liquide, la résorption du reste de la sérosité qui, aspirée par les organes de l'absorption, agirait ensuite sur les reins et provoquerait de la sorte une diurèse abondante. La thoracentèse, même incomplète, peut produire le même résultat.

Dans le second cas, une couche épaisse de fibrine non organisée, produite par la séreuse et surtout aussi par le liquide épanché, peut empêcher la résorption de la sérosité, d'où l'indication de pratiquer la thoracentèse pour éviter les dangers d'une compression pulmonaire trop prolongée, et favoriser une guérison plus prompte. A cette occasion nous ferons remarquer que le terme de 20 à 25 jours assigné au complet développement des épanchements séreux de la plèvre, et après lequel commencerait seulement la résorption, s'expliquerait par le temps nécessaire au dépôt fibrineux pour s'organiser et former une membrane absorbante. Cela est si vrai que, lorsqu'on pratique la thoracentèse 8 ou 10 jours après le début de la maladie, le liquide ne se reproduit presque plus.

Relativement à l'expectoration albumineuse, qui suit si fréquemment la thoracentèse, et qui a fait l'objet d'un longue discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Johnson ne partage pas les opinions qui y ont prévalu pour expliquer la cause de cette expectoration. Il pense qu'il se forme dans les petites veines pulmonaires de petites coagulations; alors, au moment où l'air rentre dans les canaux bronchiques, les capillaires situés en arrière de ces veines oblitérées s'hyperémient outre mesure, d'où la transudation séreuse dans les bronches et l'expectoration albumineuse. L'auteur croit qu'il y a analogie complète entre ce qui se passe dans ces cas et ce qui a lieu dans le rein quand les capillaires malpighiens sont gonflés outre mesure. L'albumine, on le sait, se montre dans l'urine par suite de cette circonstance. A. GOUGUENHEIM.

Report on renal cases, observed in professor Gairdner's clinic during last session 1872-1873 (Revue des maladies du rein, observées à la clinique du professeur Gairdner), par James FINLAYSON. (*The Glasgow med. journal, janv.*)

Cette série d'observations contient un certain nombre de faits intéressants. Signalons seulement les plus remarquables.

1° Embolies multiples et en particulier dans le rein chez une rhumatisante de 22 ans.

2° Dans la maladie de Bright, Gairdner insiste sur l'importance de rechercher la quantité et la densité de l'urine. Dans un cas tout à fait exceptionnel, la densité était de 1041 à 1045, par le seul fait de l'albuminurie. Il s'agissait d'une femme de 20 ans qui fut prise d'albuminurie 15 jours après un accouchement à terme. Il n'y avait pas traces de sucre comme on aurait pu le penser d'après la densité; mais l'albumine ayant été isolée par la chaleur, la densité du liquide ne fut plus que de 1008.

3° Chez un homme de 58 ans on avait trouvé dans l'urine de l'albumine et des cylindres ; quelques jours après, il n'y avait plus d'albumine (chaleur, acide nitrique), mais les cylindres persistaient et il en fut de même pendant 2 mois.

L'auteur rapproche ce fait de ceux qu'a signalés Nothnagel pour l'ictère (Voy. *Rev. des sc. med.*, t. III, p. 128) et Beale pour certaines urines chargées d'urates.

Enfin, après avoir rapporté plusieurs cas de maladie de Bright présentant diverses complications, l'auteur donne en résumé la relation de 45 cas de maladies rénales observées dans l'année. A. S.

Influence des maladies du cœur sur la grossesse; leçon clinique du prof. G. SÉE, recueillie par le Dr Bottentuit. (*Un. méd., p.* 142.)

Si quelques travaux ont été inspirés par l'étude des modifications que la grossesse imprime à l'état et au volume du cœur, M. Peter est presque le seul à avoir appelé l'attention sur les accidents auxquels la grossesse expose les femmes atteintes de maladie du cœur. Cependant, il y a là une question importante au point de vue de la pratique civile, car le médecin est souvent appelé à donner son opinion pour savoir si des jeunes filles atteintes de lésions cardiaques peuvent se marier. M. Sée a abordé cette étude dans une leçon clinique, à l'occasion de la mort d'une femme de son service, qui, atteinte d'insuffisance mitrale, accouche au sixième mois de sa grossesse, et meurt trois jours après. Après avoir donné certains détails sur l'état des organes de cette femme, le professeur arrive au rôle que le cœur a joué dans cette grossesse. La dyspnée a amené une cyanose considérable, un état de veinosité du sang, qui ne s'artérialisait plus suffisamment, ce qui a causé la mort du fœtus. C'est aussi à l'état du cœur, et non pas au fait de la grossesse, qu'il faut rapporter l'hydropisie, la congestion pulmonaire, etc. Quant à la question du mariage, M. Sée fait des distinctions importantes : le rétrécissement aortique est une maladie de l'âge sénile, par conséquent, il n'y a pas à s'en occuper ; la maladie de Corrigan, fréquente chez les jeunes femmes, n'a aucune influence sur la grossesse, s'il n'y a pas de troubles fonctionnels, et ceux-ci sont rares; on ne peut donc interdire le mariage d'une façon absolue. Dans le rétrécissement mitral, s'il n'y a pas de signes généraux, s'il n'y a qu'un bruit présystolique, la grossesse et l'accouchement sont ordinairement heureux; mais dans l'insuffisance mitrale, il faut déconseiller le mariage, car la grossesse sera presque toujours dangereuse. Des exemples suivent ces diverses assertions.

J. C.

Studio clinico sulla sinfisi cardiaca e sul rientramento sistolico (Étude clinique sur la symphyse cardiaque et ur la *rétraction* systolique), par le Dr Hercule GALVAGNI. (*In Rivista clinica, de Bologne, n° 11, sept.* 1873, *p.* 321.)

Ainsi que l'énoncé du titre de ce mémoire le fait prévoir, le but de l'auteur est d'étudier la valeur séméiologique de la *rétraction* systolique

de la pointe du cœur dans la symphyse cardiaque. Ayant observé lui-même et recueilli dans les auteurs des cas de symphyse cardiaque sans rétraction systolique de la pointe, et des cas où avec la rétraction n'existait pas de symphyse cardiaque, il a été conduit à contester la valeur absolue du rapport que l'on dit exister entre la lésion et le symptôme en question.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur propose quelques autres symptômes pouvant fournir à la diagnose une base plus large et plus sûre.

1° Il convient d'établir, dit-il, trois formes distinctes de symphyse : une première forme à adhérences lâches ; une seconde à adhérences plus étendues et solides, capables d'entraver la systole ventriculaire ; enfin une troisième dans laquelle les altérations sont plus avancées et s'opposent à l'expansion diastolique du cœur.

2° Les symptômes physiques qui sont donnés comme base de diagnostic sont incertains et inconstants. La diagnose, ajoute l'auteur, peut profiter de la constatation de l'existence d'une pleurésie soit unilatérale, soit bilatérale. Or, cette pleurésie ne prédomine pas toujours en bas et en arrière, mais elle peut quelquefois se présenter sous la forme cloisonnée et prédominer de même en haut et en avant.

3° Le défaut de dilatation du cœur droit et en même temps les signes de stase dans tout l'arbre veineux ont une valeur pathognomonique pour la troisième variété de symphyse sus-mentionnée.

4° Il en est de même de l'invariabilité presque absolue de la marche, si l'on considère qu'on ne voit se produire aucune compensation efficace des désordres fonctionnels, soit que cette compensation se fasse spontanément, soit qu'elle ait été provoquée par l'administration de remèdes. Aussi un signe de grande valeur est celui-ci : l'invariabilité des désordres fonctionnels, quoi que l'on fasse.

5° Enfin l'auteur fait remarquer qu'il a été frappé de trouver à l'autopsie l'atrophie de l'aorte et de l'artère pulmonaire, qu'il considère comme une conséquence évidente de la réduction des cavités cardiaques et du défaut d'expansion diastolique.

Dans la seconde partie de son mémoire, il s'occupe de la valeur séméiologique de la *rétraction* systolique de la pointe dans les cas où ce symptôme est indépendant de l'existence d'une symphyse cardiaque. Il réunit dans ce but un certain nombre d'observations personnelles ou empruntées aux auteurs. Dans ces faits il ne s'agit pas seulement de la rétraction de la pointe du cœur, mais encore de la rétraction s'opérant à un niveau supérieur à la pointe et plus ou moins étendu.

Ces deux variétés de rétraction seraient d'après l'auteur en rapport avec deux états différents du cœur, autres, bien entendu, que ceux compris dans les adhérences péricardiques.

Ainsi la rétraction de la pointe elle-même serait en rapport avec l'hypertrophie cardiaque (du ventricule gauche) et avec un défaut d'allongement de l'arc aortique, produit soit par l'état athéromateux de ce vaisseau, soit par le rétrécissement de son orifice (cas de Friedreich). La seconde forme, au contraire, c'est-à-dire la rétraction ayant lieu à un niveau supérieur à la pointe du cœur et sur un espace d'étendue variable (forme transitoire d'après l'auteur), serait en relation avec l'hypertrophie cardia-

que seule, plus souvent peut-être avec la dilatation passive du cœur droit.

D'autres fois enfin, la rétraction pourrait bien tenir à un état d'amaigrissement excessif. BARÉTY.

La grippe et ses épidémies, par le Dr Fr.-J. MALCORPS. (*Collection des mémoires présentés à l'Ac. de méd. de Belgique*, 1873, *p.* 85.)

Ce mémoire fort important est le résultat des observations personnelles et des recherches historiques de l'auteur. Il se divise en trois parties. La première est un résumé historique de toutes les épidémies de grippe qui ont été rapportées par les auteurs anciens, ou qui ont pu être observées par l'auteur même. La seconde est la description de la grippe; elle commence par la définition suivante : la grippe est une maladie générale essentiellement épidémique , consistant dans une altération du sang, se traduisant au dehors par des douleurs musculaires, la prostration des forces, la céphalalgie gravative et une expression spéciale de la physionomie des malades, et accompagnée souvent de symptômes de coryza, de bronchite et même de pneumonies secondaires. Au chapitre de l'étiologie, l'auteur accorde la plus grande importance à l'influence météorologique dans la pathogénie des épidémies grippales, à l'influence tellurique, à l'agrégat, à la débilité constitutionnelle.

Dans le chapitre de la symptomatologie, l'auteur insiste sur les symptômes fluxionnaires, produits par des congestions non phlegmasiques des muqueuses de la tête, de la poitrine et du ventre; ils consistent en catarrhes et en hémorrhagies; l'hypérémie grippale bronchique est le plus intense de ces symptômes fluxionnaires; elle peut aller jusqu'à simuler la pneumonie, mais n'est alors que l'extension de la congestion bronchique aux alvéoles mêmes; les hémoptysies terminent souvent très-favorablement la maladie. Le *molimen hemorrhagicum* se porte encore sur les membranes muqueuses gastro-intestinales et génito-urinaires. On peut en conclure que, dans la grippe, toutes les muqueuses peuvent s'hyperémier et devenir le siége d'hémorrhagies sous l'influence d'une cause commune; et telle est l'uniformité de ce phénomène que toutes ces hémorrhagies ont la même signification pathologique, celle d'être favorables dans les épidémies de grippe qui présentent un élément irritatif, et celle d'être graves dans celles qui sont adynamiques.

Lorsqu'il discute la nature de la grippe, l'auteur écarte l'opinion qui en fait une maladie nerveuse. Il éloigne également celle qui veut faire de l'inflammation l'élément primordial de l'affection, car les lésions ne sont pas inflammatoires, mais congestives. Il établit que c'est là une maladie générale, très-voisine de la fièvre typhoïde, et est porté à la considérer, ainsi que cette dernière, comme consistant en une altération du sang.

La troisième partie a rapport au traitement.

Nous n'avons signalé que les points les plus saillants de ce mémoire, et regrettons de ne pouvoir insister sur une foule de détails intéressants qui le composent presque en entier. J. CAZALIS.

Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse, par le Dr A. KELSCH, prof. agrégé au Val-de-Grâce. (*Progr. méd.*, 1873, *p.* 317 *et* 331.)

L'auteur rapporte une observation d'endocardite ulcéreuse remarquable à plusieurs égards : les phénomènes typhoïdes étaient déjà fort accentués au troisième jour de la maladie, tandis que les signes d'endocardite ne sont survenus que plus tard; à l'autopsie, on n'a pu trouver qu'un seul infarctus, dans le cerveau, et de la grosseur d'une petite noisette; les altérations de l'endocarde consistaient en un petit nombre de végétations verruqueuses, molles, fongueuses et ulcérées, siégeant sur les valvules sigmoïdes aortiques. En présence de ces particularités, M. Kelsch pense que cette observation peut venir à l'appui de l'opinion de ceux qui veulent que la nature des lésions soit sous l'influence d'un état général primitif; il s'élève contre l'opinion des Allemands qui veulent absolument expliquer les symptômes généraux par une infection du sang due aux particules qui viennent de la destruction moléculaire de l'endocarde. Il fait un historique fort complet de cette question, rappelle les auteurs qui ont pris part à cette discussion, et termine en remarquant que l'endocardite ulcéreuse rhumatismale, puerpérale, ou d'emblée survient le plus souvent chez des malades soumis antérieurement à des causes puissantes de débilitation, ce qui vient encore à l'appui de sa manière de voir.

J. C.

Zur Ætiologie des Flecktyphus nach Beobachtungen aus der Berliner Epidemie von 1873 (Contribution à l'étiologie du typhus, d'après des observations faites pendant l'épidémie berlinoise de 1873), par le Dr ZUELZER. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. œffent. Sanit.*, 1874, nº 1, *p.* 182.)

L'auteur a reçu dans son service de la Charité, depuis le commencement de février jusqu'à la fin de l'épidémie, 169 hommes et 31 femmes atteints du typhus pétéchial.

Il a noté de nouveau la succession des deux maladies : 1° fièvre à rechutes (*typhus recurrens*); 2° typhus vrai, ce dernier survenant au maximum du règne de l'autre, et persistant ensuite seul.

Le typhus a sévi d'abord exclusivement sur les gens sans abri, soumis à toutes les privations et accumulés par le coucher dans des auberges de bas étage ; puis un certain nombre de cas se sont développés chez les habitants du voisinage; ensuite il y a eu les cas survenus dans l'hôpital même, chez des convalescents, des aliénés, des infirmiers, chez une fille de la buanderie, chez le garçon d'amphithéâtre.

Dans l'immense majorité des faits, la transmission fut directe; pour les cas nés par infection, il fallait un séjour plus prolongé dans les milieux de malades déjà atteints, par exemple passer la nuit avec eux. Donc la propagation de l'agent morbide se fait uniquement par l'air ; on ne peut songer à l'idée d'un autre véhicule, tel que les eaux potables ou les aliments.

Maintenant à quelle période le typhus est-il le plus contagieux? D'après les observations de Zuelzer, c'est depuis le milieu de la seconde semaine, à une époque où la fièvre a presque complétement disparu, et où la peau des malades présente une desquamation furfuracée abondante ou en grands lambeaux.

Le sang en outre paraît éminemment contagieux. En l'absence d'observations sur l'homme, Zuelzer a innoculé 10 lapins avec du sang recueilli à divers stades du typhus; 7 de ces animaux qui avaient reçu 2 grammes de sang pris sur un malade au summum de la fièvre, moururent dans l'espace de 3 à 4 jours; 3 lapins injectés avec la même quantité de sang recueilli après la crise de la maladie n'éprouvèrent aucun accident. Les autopsies des animaux en expérience furent en somme négatives; deux fois on trouva des foyers de pneumonie, d'autres fois seulement de la congestion des différents viscères. J. B.

A treatise on hæmophilia (Traité de l'hémophylie), par J. Wickham LEGG. (*Londres, H.-K. Lewis.*)

Cette monographie très-complète d'une affection peu commune et par suite peu connue dans ses causes premières, est particulièrement intéressante en ce que l'auteur a réuni vraisemblablement tout l'ensemble des travaux publiés sur ce sujet spécial. Amené à étudier l'hémophylie pour en avoir observé quelques cas, il ne formule pas précisément des faits nouveaux, mais condense et rapproche les données et les opinions émises jusqu'à ce jour. De son travail il se dégage que l'hémophylie est une affection dont la cause première, encore inconnue, amène un trouble considérable dans la nutrition des vaisseaux, dont les parois sont amincies, n'offrent point de résistance, n'ont aucune élasticité, et par suite point de tendance à oblitérer une section faite accidentellement sur leur parcours.

Dans beaucoup de cas le cœur a gardé l'aspect fœtal, la fibre musculaire fait défaut dans les parois, qui sont en partie membraneuses. L'auteur suppose qu'il y a là un arrêt de développement, ou du moins un développement très-long à s'exécuter, car vers 25 ou 30 ans les hémophyliques qui survivent perdent leur aptitude aux hémorrhagies.

L'hémophylie est avant tout une affection héréditaire dont le traitement doit être, par conséquent, plus hygiénique que curatif.

G. MORACHE.

Ein Fall von hæmatogenem Icterus, par IMMERMANN. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

L'auteur a observé chez un malade atteint d'une rechute de fièvre typhoïde un ictère qu'il croit pouvoir considérer comme hématogène, en raison des considérations suivantes :

1° Il s'est développé brusquement, a pris rapidement une intensité re-

marquable et s'est effacé au bout de peu de jours, c'est ainsi que se comportent d'habitude les ictères généralement considérés comme hématogènes.

2° On a pu constater, pendant tout le temps qu'a persisté la coloration anormale de la peau, la présence dans l'urine d'hémoglobine libre et d'hématine; à aucun moment on n'a pu y trouver la matière colorante de la bile.

Cette hématurie ne peut être rattachée à une hémorrhagie rénale, car il a été impossible de découvrir dans l'urine aucun globule rouge; elle doit être attribuée, d'après l'auteur, à la destruction, dans le sang même, d'une certaine quantité de globules rouges; une partie de l'hématine s'est éliminée par les reins; le reste s'est diffusé dans les tissus, et leur a communiqué, en se modifiant, une teinte ictérique. H. HALLOPEAU.

Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse, par le Dr H. RENDU. (*Paris, A. Delahaye, éd.* 1873, 150 *p. in*-8.)

Le mémoire de M. Rendu est une étude complète des paralysies qui surviennent dans le cours de la méningite tuberculeuse. Il contient 47 observations dont un grand nombre sont inédites et personnelles à l'auteur.

Nous reproduirons les conclusions de M. Rendu, qui forment un résumé complet et clair de son travail.

1° Les paralysies qui surviennent dans le cours de la méningite tuberculeuse sont presque toujours des accidents tardifs de la deuxième période, et souvent des complications ultimes. Au point de vue clinique, l'on peut les diviser en paralysies passagères et en paralysies permanentes.

2° Les paralysies passagères sont presque toujours précédées par des convulsions fortes; leur siége, leur marche, leur durée ne suivent aucune règle précise.

3° Les paralysies permanentes, au contraire, complètes ou incomplètes (ces dernières sont les plus communes) surviennent tantôt à la suite de petites secousses convulsives, en général peu intenses, tantôt graduellement au milieu d'un coma progressif. Elles siégent de préférence sur l'un des côtés du corps, peuvent être générales ou partielles, envahir à la fois les membres et plusieurs nerfs crâniens. Il existe des relations fréquentes de succession et de coïncidence entre ces paralysies et d'autres troubles de la motilité, tels que convulsions et contractures.

4° Presque toujours la sensibilité est presque stimultanément atteinte, rarement sous forme d'hyperesthésie, ordinairement sous forme d'une anesthésie plus ou moins prononcée. Mais les altérations de la sensibilité ne correspondent pas exactement à celles du mouvement, et la sensibilité réflexe est très-peu modifiée.

5° L'examen nécroscopique ne montre de lésions constantes que dans les cas où la paralysie a été permanente : les paralysies passagères et les paralysies ultimes ne se caractérisent par aucune altération spéciale.

6° Ni la présence de granulations disséminées dans les méninges, ni

l'existence d'un épanchement liquide dans les ventricules ne suffisent à déterminer la paralysie.

7° Il est au contraire une relation constante entre la paralysie et l'abondance des exsudats qui siégent à la base de l'encéphale, surtout vers l'origine des scissures de Sylvius; mais, à eux seuls, ils ne sauraient la provoquer directement.

8° On trouve presque toujours dans les centres nerveux des sujets paralytiques, soit des foyers de ramollissement et d'apoplexie capillaire, soit des tubercules cérébraux. Ces lésions ne siégent pas indifféremment dans toutes les régions de l'encéphale, mais elles se groupent particulièrement au niveau des corps striés, des couches optiques et des pédoncules cérébraux.

9° Les foyers de ramollissement sont eux-mêmes la conséquence de l'oblitération des vaisseaux artériels par les exsudats fibrineux. Ils présentent plutôt les caractères de la nécrobiose que de l'encéphalite; ils semblent donc se rapprocher des foyers de ramollissements blancs consécutifs à l'athérome artériel. H. CHOUPPE.

Weiteres über halbseitige Gesichtsatrophie (Sur l'atrophie unilatérale de la face), par EMMINGHAUS. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

Emminghaus croit qu'il faut chercher dans une altération du sympathique cervical la cause de cette affection ; il fait remarquer qu'elle peut coïncider avec des troubles fonctionnels qui indiquent une excitation de ce cordon nerveux ; d'autre part, on l'a vu survenir plusieurs fois chez des individus qui avaient été atteints de traumatisme céphalique ou de maladies de l'arrière-bouche, c'est-à-dire dans des circonstances où l'on peut supposer qu'il s'était développé une altération secondaire du sympathique. H. HALLOPEAU.

Observations de maladies du système nerveux.

Contribution à l'histoire anatomique de l'atrophie musculaire saturnine, par M. GOMBAULT. (*Archives de Physiologie*, 1873, *n°* 5.)

Dans ce travail il s'agit d'une observation d'atrophie musculaire saturnine remarquable à divers points de vue :

1° Par le mode spécial d'introduction du poison dans l'économie et la localisation correspondante du dépôt plombique ;

2° Par la généralisation des lésions à un grand nombre de muscles, ceux de la région postérieure des avant-bras, les premiers atteints, étant les plus lésés ;

3° Par la symétrie des lésions musculaires en l'absence de toute altération centrale ;

4° Par les lésions des nerfs, des muscles, des reins, dont les éléments

propres dégénèrent et s'atrophient pendant que le tissu interstitiel est le siége d'une prolifération très-active.

Observation. — La nommée L..., âgée de 48 ans, entrée au mois de juillet 1872 dans le service de M. Charcot succombait le 10 novembre à des accidents urémiques.

Elle exerçait depuis son enfance la profession de coloriste, et humectait constamment avec sa salive son pinceau souvent chargé de couleurs blanches à base de plomb. Elle dut se faire soigner à diverses reprises pour des coliques et des vomissements. Plus tard, il y a environ dix ans, elle fut atteinte de faiblesse, puis d'atrophie dans les membres supérieurs d'abord, puis ensuite dans les inférieurs. On verra plus loin la distribution des lésions.

Parmi les détails précis de l'autopsie, signalons l'état des reins, petits et fermes, et dont la substance corticale a beaucoup diminué d'épaisseur. L'un pèse 68 grammes, l'autre 63.

Les muscles altérés se présentent sous les trois aspects suivants : les uns ont conservé leur coloration, leur souplesse et leur consistance normales, mais ils sont moins volumineux; les autres sont jaunes feuille-morte ou complétement décolorés et de plus très-atrophiés ; enfin les derniers ressemblent à du jambon fumé ; ils sont rouge brun, plus volumineux qu'à l'état normal, d'une dureté ligneuse et tellement rigides qu'on peut tenir horizontalement un muscle long sans qu'il s'incurve.

Aux membres supérieurs, il n'y a guère à noter que l'altération des muscles des régions postérieure et externe des avant-bras. C'est presque uniquement le second mode d'altération que l'on rencontre. Les lésions sont du reste un peu plus prononcées à droite qu'à gauche, de même qu'aux membres inférieurs.

Aux cuisses, il n'y a que peu de lésions en avant et en dedans; mais, en arrière, les muscles sont, à gauche, volumineux, d'un rouge sombre et d'une dureté excessive, tandis qu'à droite ils sont déjà un peu jaunes et atrophiés.

Aux jambes, les muscles des mollets présentent à leur maximum de développement l'induration et l'hypertrophie signalées plus haut. Il en est de même des péroniers gauches, tandis que ceux de droite sont atrophiés et graisseux. La même différence se retrouve entre le pédieux droit et celui de gauche.

Les nerfs ne présentent pas de lésions à l'œil nu.

Examen microscopique. — Dans la muqueuse labiale de la lèvre inférieure (où la présence du plomb a été reconnue chimiquement par M. Gréhant), la coloration noire est disposée sous forme d'un pointillé très-fin, formant des séries plus ou moins régulières, principalement au centre des papilles. Mais il est difficile de préciser la localisation de cette matière colorante.

— Dans la moelle épinière et les racines nerveuses, le microscope n'a révélé aucune altération.

A la périphérie, les nerfs qui correspondent aux muscles malades présentent des tubes atrophiés et des gaînes complétement revenues sur elles-mêmes renfermant des séries de noyaux ovoïdes. Il existe, en somme, une névrite interstitielle avec atrophie des tubes nerveux.

— Dans les muscles flasques, on rencontre toutes les formes anatomiques connues dans l'atrophie musculaire chronique et quelques fibres musculaires plus volumineuses qu'à l'état normal. Dans les muscles durs et épais, les fibres sont en certain nombre très-volumineuses, entourées de tissu conjonctif sclérosé, et quelques-unes d'entre elles renferment des noyaux abondants. On passe très-facilement, sur les préparations microscopiques, des

muscles durs aux muscles flasques, et il semble incontestable que l'état dur n'est qu'une phase passagère et antérieure à l'état flasque.

A. JOFFROY.

Progressive muscular atrophy accompanied by muscular rigidity and contraction of joints. Examination of the brain and spinal cord (Atrophie musculaire progressive accompagnée de rigidité musculaire et de contraction des jointures. Examen du cerveau et de la moelle épinière), par le docteur J.-Lockhart CLARKE. Communiqué par sir William Gull. (*Medico-chirurgical Transactions*, *vol. LVI*, 1873.)

L'observation dont les détails suivent a été recueillie jusqu'à la mort du patient par M. Stephen Mackensie, dans le service du Dr Ramskill, au London Hospital; mais l'examen nécroscopique est l'œuvre du Dr Lockhart Clarke.

Henry W., âgé de 60 ans, n'a pas d'antécédents pathologiques de famille. Employé dans une manufacture de velours, la machine dont il s'est servi pendant 40 ans lui imprimait à l'épigastre une succession de chocs dont le résultat était de gêner ses digestions et même de lui donner souvent des défaillances.

Bien portant jusqu'à la fin de sa trentième année, il fut pris alors de vertiges qui durèrent pendant trois ans avec des interruptions. Depuis cette époque, force lui fut de ne se mouvoir qu'avec lenteur, ses jambes et ses bras étant agités de tremblements intenses dès qu'il essayait de les remuer vivement. Au mois de mai 1869, il s'aperçut que ses jambes se dérobaient parfois sous lui durant la marche. Sans éprouver d'étourdissement, il manquait alors de tomber, mais se relevait et poursuivait sa route. La jambe gauche fut la première atteinte, et le malade nota qu'elle s'atrophiait au niveau du mollet, puis ce fut le tour de la jambe droite, et 4 mois plus tard, de l'épaule gauche. Des douleurs se faisaient sentir alors dans les lombes, et surtout dans les membres, avec des exacerbations pendant les mouvements.

A son entrée, le patient ne pouvait ni se tenir debout, ni se retourner dans son lit, ni se nourrir, ni remuer ses bras. Doigts encore légèrement mobiles; flexion continue des avant-bras sur les bras, des mains sur les avant-bras; doigts contracturés, genoux un peu relevés.

De la tête aux pieds, les muscles sont diminués de volume, surtout ceux des extrémités supérieures, ainsi que les pectoraux et les deltoïdes. Les interosseux et les muscles du pouce ne semblent pas être plus particulièrement compromis.

Contractions fibrillaires plus ou moins constantes le long des bras et des jambes. Rigidité musculaire insurmontable et généralisée. Vive douleur dans les efforts tentés pour déplacer les membres.

Mouvements respiratoires très-faibles. Point de paralysie faciale, point de troubles vers la vessie, point d'altération de la sensibilité cutanée, mais affaiblissement de la sensibilité électrique voisin de la suppression.

Parole un peu nasale, indistincte et entrecoupée de pauses. État moral satisfaisant, bon appétit, mauvais sommeil.

Lente au début, l'atrophie des muscles finit par s'accélérer. Vers novembre, le malade devient trop faible pour pouvoir être encore assis et soutenu sur une chaise.

La respiration et la déglutition s'embarrassèrent de plus en plus. L'accent nasal augmenta au point de rendre le langage inintelligible. La bouche lais-

sait échapper la salive et les yeux les larmes. Enfin, après quelques semaines passées dans cet état, le malade mourut le 18 décembre 1871.

L'autopsie, au rapport de M. Stephen Mackenzie, ne révéla point de lésions macroscopiques, sauf une légère atrophie des circonvolutions cérébrales et un peu plus de fermeté dans la substance encéphalique. Au microscope, les muscles soumis à la volonté parurent sains. L'état du plexus solaire et des ganglions semi-lunaires n'a pas été déterminé.

Une tranche des hémisphères cérébraux, le cervelet, la protubérance, le bulbe et la moelle épinière ont été mis à la disposition du Dr Lockhart Clarke, et voici les résultats de son examen :

Substance blanche des circonvolutions cérébrales abondamment semée de corps amylacés. Ces corps, moins nombreux dans la substance grise, n'y occupaient que les couches profondes. Vaisseaux sanguins de la substance blanche fréquemment augmentés de volume, sans granulations d'hématoïdine dans la gaîne périvasculaire.

Cellules de la substance grise légèrement altérées, soit que leurs contours aient perdu leur netteté, soit qu'elles renferment un excès de pigment, soit enfin qu'elles soient un peu granuleuses à la surface.

Pont de Varole plus petit qu'à l'ordinaire, d'aspect extérieur normal, présentant à la coupe transversale et au microscope beaucoup de vaisseaux sanguins très-dilatés, parfois en désintégration sur certains points, ayant d'autres fois complétement disparu de façon à laisser des espaces tubulaires vides à paroi lisse. Corps amylacés abondants et uniformément répartis sur toutes les surfaces de section, principalement sur les parties blanches. Dégénération pigmentaire plus ou moins marquée des cellules du noyau du nerf facial, de celles du noyau moteur du trijumeau et des fibres arciformes de la protubérance.

Moelle allongée moins grosse d'un cinquième qu'à l'état ordinaire. Importante réduction du volume de l'hypoglosse, de l'accessoire du spinal et des noyaux du pneumogastrique. Semis de corps amylacés comme dans le pont de Varole; dégénération pigmentaire plus ou moins prononcée des groupes de cellules formant les différents noyaux, et surtout du tubercule cendré de Rolando ainsi que du corps restiforme.

Moelle épinière diminuée en largeur d'au moins un quart de la dimension moyenne, mais, à cela près, sans altération extérieure appréciable. Substance grise offrant, d'une extrémité à l'autre, diverses lésions graves. A la région cervicale, vers la deuxième et la troisième paire de nerfs, colonnes blanches très-congestionnées, tissu connectif interstitiel fortement hypertrophié, prolifération des corpuscules de ce tissu. Mêmes particularités, plus manifestes encore dans la partie postérieure des cordons antéro-latéraux, points où la désintégration avait frappé beaucoup de fibres nerveuses. Moitié latérale gauche de la substance grise laissant voir dans la corne antérieure une surface large, triangulaire et un peu transparente, en désintégration, bornée seulement à la circonférence par une muraille de tissu normal épaissi. Du côté droit, désintégration étendue intéressant toute la moitié externe de la corne antérieure, se terminant en arrière au groupe de cellules que l'auteur a nommé *tractus intermédio-latéral*, et paraissant être en connexion avec les radicules inférieures de l'accessoire du spinal. A la base de la corne antérieure et des limites latérales de la *colonne vésiculaire postérieure* piriforme était un caillot hémorrhagique fusiforme, relativement volumineux, dont l'extrémité externe allait jusque dans le tractus intermédio-latéral. Immédiatement derrière celui-ci, on voyait un caillot pyramidal plus considérable, et, plus en arrière encore, à l'angle interne de la tête de la corne postérieure, intéressant une partie de la substance gélatineuse, un caillot plus petit, répondant à un vaisseau sanguin qui s'étendait dans la colonne postérieure.

Toujours à la région cervicale, mais un peu plus bas, région latérale droite de la substance grise déplacée ou déprimée vers le côté correspondant. Désintégration du tractus intermédio-latéral, d'une grande portion de la corne postérieure et de la moitié externe de la corne antérieure. Même lésion, toutefois moins avancée, des parties homologues ou à peu près telles, dans la moitié latérale gauche de la substance grise.

Renflement cervical de la moelle atrophié, au point d'être à peine plus gros que les parties sus-jacentes. Les surfaces de désintégration y étaient cependant moins étendues, plus petites et plus irrégulières, tout en affectant le plus souvent des points homologues.

A la moelle dorsale, forte congestion des substances grise et blanche, dilatation d'un grand nombre de vaisseaux sanguins; mais surfaces de désintégration moins étendues, et principalement bornées à la limite latérale de la substance grise, intéressant le tractus intermédio-latéral.

Renflement lombaire à peine diminué en diamètre, et sans apparence morbide à l'extérieur; altération de la substance grise, aussi grave cependant qu'à la région cervicale.

Sur tous les points de l'axe médullaire, mais, en particulier, dans la substance grise antérieure, les cellules nerveuses avaient subi une dégénération et une désintégration considérables. Certaines d'entre elles étaient plus ou moins remplies de pigment; le volume des autres paraissait très-notablement réduit. Beaucoup avaient disparu, soit par atrophie graduelle, soit par désintégration.

Des figures ajoutées à cette description en rendent l'intelligence plus facile.

L'auteur termine en faisant remarquer la concordance des symptômes avec les lésions anatomiques. L'articulation embarrassée, le caractère nasal de la voix, la dysphagie, l'écoulement continu de salive hors de la bouche formaient un groupe ressemblant à la paralysie glosso-labio-laryngée : les lésions des noyaux du facial, de l'hypoglosse, du vague et de l'accessoire du spinal en ont donné la raison matérielle. De même la grande faiblesse des mouvements respiratoires a paru répondre aux lésions de la substance grise antéro-latérale de la moelle cervicale et dorsale; de même aussi est-ce aux lésions progressives de la substance grise dorso-lombaire qu'il a été possible de rapporter la paralysie des extrémités supérieure et inférieure. Charcot attribue, en pareil cas, la contracture et la raideur des articulations à la sclérose de la partie postérieure des colonnes antéro-latérales; or cette sclérose a existé dans l'espèce. P. GINGEOT.

Ueber Heridität der progressiven Muskel-atrophie, par le Dr Hermann EICHHORST, clinique du prof. Naunyn, de Kœnigsberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nos 42 *et* 43.)

L'auteur rapporte 10 observations d'atrophie musculaire progressive, concernant les membres d'une même famille atteinte dans 6 générations; quelques-uns des malades ont été pris dès leur plus tendre enfance. L'auteur n'a pas encore eu l'occasion de faire d'autopsies. J. B.

Myélite aiguë bornée à la région cervicale, par F. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Attitude particulière de la main dans les lésions de moelle cervicale, par M. CHARCOT. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e *série, tome VIII*, 1873, *p.* 419, 435 *et* 437.)

Dans le cas rapporté par M. Raymond il s'agit d'un homme de 41 ans ayant jusqu'alors joui d'une bonne santé. La maladie débuta brusquement par une douleur à la nuque. Cette douleur, intermittente pendant les trois premiers jours, devint bientôt continue et s'accompagna de contracture des muscles de la nuque avec douleur au même niveau exaspérée par le moindre contact. Vers le septième jour, trismus avec impossibilité de la déglutition; le douzième jour la douleur irradie vers l'épaule droite ; depuis le début il y avait rotation de la tête à gauche. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital le 7 avril. Jusqu'au 21 avril rien de nouveau ; à cette date le malade se plaint de faiblesse et d'engourdissement dans la main gauche.

Le 30 avril, le pied droit commence à s'engourdir.

A partir de cette époque, lentement, progressivement, la faiblesse du bras droit se prononce davantage ; il en est de même, mais dans une moindre proportion, pour la jambe du côté correspondant. Remarquons que la santé générale est toujours bonne et que les douleurs ont disparu.

14 *mai*. Bras droit complétement immobile, et placé le long du corps. La *main* est fléchie légèrement et en pronation; les doigts inclinés sur le pouce font griffe. — Il y a de l'œdème du membre, des arthrites des articulations des doigts, les muscles interosseux sont très-affaiblis. Conservation de la sensibilité et de la contractilité électrique.

19 *mai*. La main gauche commence à se prendre.

Le malade meurt le 1er juin dans un accès de suffocation.

A l'*autopsie*, on trouve la moelle dans toute son épaisseur diffluente et ramollie depuis la 3e vertèbre cervicale jusqu'à la 2e dorsale.

Dans ces cas, d'après M. Charcot, les doigts sont à demi fléchis; en même temps la main est dans l'extension renversée pour ainsi dire vers le côté dorsal de l'avant-bras.

A ce propos, M. Charcot cite une observation dont nous donnons un résumé succinct :

Dans ce cas la maladie avait débuté lentement par une douleur entre les deux épaules, puis une paralysie progressive du bras droit. Ce n'est que dix ans après que se manifesta la déviation de la colonne cervicale.

Cinq ans plus tard il existait une atrophie considérable des deux membres supérieurs, cependant bien plus prononcée dans le membre supérieur droit qui avait été envahi le premier.

Il existe de l'anesthésie de la partie sus-diaphragmatique du tronc, mais bien plus marquée à droite qu'à gauche.

A l'*autopsie* l'on a constaté un ramollissement de toute la portion cervicale de la moelle. H. CHOUPPE.

On motor incoordination (Sur l'incoordination motrice), par Lewis SHAPTER. (*Med. Times and Gaz.*, 7 *juin* 1873, *p.* 595.)

M. L..., 12 ans, entre à l'hôpital avec des phénomènes ataxiques dans le bras gauche. Son frère raconte qu'il y a huit ans, il survint dans la main

gauche une certaine maladresse qui s'accrut et gagna le bras. Il n'y a pas d'antécédents du côté de la famille, l'enfant lui-même a toujours été et est en ce moment bien portant.

A l'examen, on reconnaît que les deux extrémités supérieures sont également bien nourries. Le malade serre bien avec les deux mains et il ne paraît pas y avoir de diminution de forces dans l'un ou l'autre bras. Quand il veut ramasser un petit objet, comme une épingle, les doigts s'écartent, mais surtout en se portant du côté du pouce qui ne peut saisir l'objet qu'avec l'index. Si on engage l'enfant à fermer le poing et à frapper sur un objet, la main est portée plus ou moins loin au-dessus ou au-dessous ou en face. Il en est de même quand il a les yeux fermés : ainsi, quand il n'y voit pas, il ne peut point porter sa main gauche au bout de son nez ou à son oreille. Cette inhabileté à maintenir une harmonie continuelle dans les contractions musculaires a été confirmée par le dynamographe. La sensibilité n'est pas diminuée. Les yeux fermés, il sent les endroits où on lui a fait le moindre attouchement. Il compte parfaitement des épingles qu'on lui met entre les doigts. Il n'y a pas d'analgésie et le malade sent également les différences de température.

Après avoir rapproché cette observation et quelques faits observés par plusieurs autres auteurs, et surtout par Brown-Séquard, Leyden, Clifford, qui accusent l'anesthésie cutanée d'être la cause de l'incoordination, et par Lockhart-Clarke, qui y voit un état particulier des muscles, l'auteur conclut ainsi :

1° Les faits cliniques et la nature des symptômes, leur origine motrice, leur variété et leur instabilité montrent que la maladie ataxique est une névrose et une névrose du mouvement ;

2° Si, dans les cas ordinaires d'ataxie locomotrice, on trouve surtout une sclérose postérieure de la moelle, cette sclérose explique l'interruption dans le champ des actions réflexes ;

3° L'anesthésie partielle, quand elle existe, montre un défaut du pouvoir conducteur du système nerveux ;

4° L'absence d'anesthésie et la présence, dans certains cas, d'une hyperesthésie, montrent clairement qu'une affection des cordons postérieurs n'est pas nécessaire pour la production de la maladie, et que le phénomène ne peut en dépendre ;

5° L'incoordination étant de la nature de celles sans défaut de force motrice, et la moelle étant un générateur aussi bien qu'un conducteur de la force nerveuse, tout ce qui a rapport aux phénomènes a son point de départ dans une irritation centrale ou périphérique.

Cette condition peut être regardée comme un défaut ou un accroissement de la force motrice engendrée dans les centres nerveux et distribuée d'une façon irrégulière. Mais un tel défaut peut ne pas avoir de rapport avec une condition morbide du système sensoriel ou de la partie qui va compléter le cycle indispensable à la production de l'action réflexe.

E. LANCEREAUX.

Note sur deux cas de lésions scléreuses de la moelle épinière, par Em. TROISIER, interne des hôpitaux. (*Archives de Physiologie*, 1873, n° 6.)

Le travail de M. Troisier renferme deux observations de *sclérose partielle* de la moelle, *d'origine spontanée*.

Le premier de ces faits a été observé par M. Vulpian et par l'auteur, le second par M. Charcot.

Observation I. — *Paraplégie; formation rapide d'eschare au siége, et autres troubles trophiques. — Ilot de sclérose très-limité au niveau de la région dorsale inférieure de la moelle épinière.*

Un homme de 34 ans ayant eu quelques antécédents scrofuleux et n'étant pas syphilitique, ressentit dans la région lombaire de la colonne vertébrale des élancements douloureux s'exaspérant par le décubitus dorsal et s'accompagnant de difficulté dans l'émission de l'urine et des matières fécales. Un mois plus tard il éprouva une sensation de froid et des picotements dans les flancs ainsi que des fourmillements dans les membres inférieurs. Huit jours après il s'affaissa dans la rue, mais il put cependant rentrer chez lui et se coucher. Il se développa rapidement une paralysie complète de la motilité et très-notable de la sensibilité. La vessie et le rectum se paralysèrent et une large eschare apparut en peude temps à la région sacrée, mesurant 12 à 15 centimètres de diamètre. Les membres supérieurs demeurèrent intacts. A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate en outre les particularités suivantes :

Pas de douleur à la pression de la colonne vertébrale ; pas de douleurs en ceinture. Les mouvements réflexes ont persisté, mais plus étendus à droite qu'à gauche, et l'on ne découvre aucune trace d'atrophie musculaire; pas de douleurs fulgurantes ; notion de position conservée : l'urine ne renferme ni sucre, ni albumine. La température axillaire est de 37°,8.

On prescrivit le sulfate de strychnine à doses croissantes depuis 0 gr. 005 par jour jusqu'à 0,040.

Quinze jours après son admission dans le service de M. Vulpian, le malade eut de violents frissons et rendit des urines purulentes. L'eschare sacrée s'agrandit et un œdème très-marqué fut noté dans tout le segment inférieur du corps.

A ces accidents généraux se joignirent quelques contractures des muscles de la nuque et de la région temporale. La respiration devint fréquente, et le malade mourut environ trois mois après l'apparition des premiers accidents.

Autopsie. — Liquide purulent dans les calices et injection assez vive de la membrane muqueuse de la vessie.

Les vertèbres et la dure-mère sont saines. Il y a quelques plaques arachnitiques sur la face postérieure de la moelle et de la queue de cheval.

Sur la moelle existe un petit îlot de sclérose, à la surface des cordons postérieurs, à 2 centimètres au-dessus du renflement lombaire. Il est très-irrégulier et se trouve coupé en deux parties inégales par le sillon médian postérieur. Il atteint davantage la partie gauche des cordons postérieurs et reste limité à leur étendue. La tache de sclérose a un centimètre de hauteur. Sur des coupes faites après durcissement on voit qu'il atteint surtout les portions périphériques et principalement le cordon de Goll. A gauche, il s'étend cependant jusqu'au faisceau radiculaire et arrive même au contact de la corne postérieure de substance grise.

La structure de cet îlot est la même que dans la sclérose en plaques : une zone centrale fibrillaire et une zone périphérique dans laquelle les tubes nerveux sont comprimés par l'hyperplasie du tissu conjonctif.

La pie-mère et l'arachnoïde sont un peu épaissies à ce niveau.

Observation II. — *Paralysie motrice du membre inférieur gauche avec conservation de la sensibilité: troubles de la sensibilité sur le membre inférieur droit. — Sclérose partielle de la région dorsale de la moelle épinière.*

Hortense Maubissan est entrée dans le service de M. Charcot en 1868, à l'âge de 40 ans. — Jusqu'à 30 ans elle s'était bien portée. A cette époque elle

eut une fausse couche et fut ensuite atteinte d'insomnie et d'hallucinations de la vue.

Peu après elle ressentit des douleurs dans la colonne vertébrale et à la base du thorax, de la faiblesse dans les membres inférieurs, de l'anesthésie de la plante des pieds, des vertiges, et enfin, un matin, à son réveil, elle se trouva complétement hémiplégique du côté gauche. Au bout de 4 mois elle put marcher, mais la jambe gauche était plus faible que la droite. Elle conservait en même temps une vive douleur au niveau de l'articulation sacro-lombaire droite avec irradiatiou dans toute la longueur du membre inférieur de ce côté, s'accompagnant parfois de mouvements spasmodiques.

Elle eut aussi à cette époque des attaques nerveuses (?) mal caractérisées.

En 1868, lors de son entrée dans le service de M. Charcot, elle est dans l'état suivant : la pression sur les dernières vertèbres lombaires détermine des douleurs assez vives, et, de plus, il existe une douleur permanente au niveau du sacrum du côté droit. Il y a de la constipation et de la parésie du rectum. Le membre inférieur gauche est affaibi et la malade ne peut le soulever sans qu'il soit pris de tremblement. Le membre inférieur droit a conservé sa force musculaire. La sensibilité est normale à gauche tandis qu'à droite il y a de l'hyperesthésie. Les mouvements réflexes sont exagérés à gauche. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La notion de position est conservée.

En 1870, l'état de la malade s'était suffisamment amélioré pour permettre la marche à l'aide de deux béquilles.

Il se développa dans le courant de cette année une contracture du membre inférieur gauche et une eschare sacrée du même côté. Enfin la malade mourut de phthisie en juin 1871.

A l'autopsie on constata de la sclérose limitée à la partie moyenne de la région dorsale, dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Vers le milieu du foyer, la sclérose s'étend à peu près à toute la moitié gauche de la moelle, substance grise et substance blanche. La lésion s'étend un peu à la partie droite des cordons postérieurs, et de plus il existe un petit îlot dans le cordon latéral du même côté. Plus haut, les altérations diminuent rapidement, et à 11 centimètres au-dessus de la partie moyenne du foyer on ne trouve plus de sclérose que dans les cordons de Goll, principalement dans celui du côté gauche. Au-dessous du foyer de sclérose, les lésions diminuent encore plus rapidement en se localisant dans les faisceaux latéraux à leur partie périphérique.

Les altérations histologiques sont celles de la sclérose en plaques : dans les points les plus altérés, tissu de fibrilles et de noyaux, avec disparition des tubes nerveux et myélite interstitielle ; et dans les parties périphériques, myélite interstitielle avec conservation des tubes nerveux.

Il importe de noter que l'arachnoïde, surtout au niveau du foyer de myélite, présentait de nombreuses plaques arachnitiques.

Le véritable intérêt de ces deux observations réside dans la localisation du foyer de sclérose, qui lui-même présente les mêmes altérations que les îlots multiples de la sclérose en plaques disséminées.

Pour traduire notre pensée, nous dirons que c'est une sclérose en plaque unique. Ces deux faits se rapportent à un chapitre intéressant mais encore incomplet des myélites chroniques.

Il est inutile d'insister sur les phénomènes d'*hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée* qui se trouvent mentionnés dans la seconde observation et qui n'ont pas manqué de fixer l'attention de M. Troisier.

A. JOFFROY.

Décubitus aigu et arthropathies d'origine spinale, par le Dr VINCENT, d'Armentières. (*Bull. méd. du Nord*, nº 7.)

Un malade âgé de 47 ans, atteint de mal vertébral de Pott, fut pris de douleurs dorsales suivies bientôt d'affaiblissement progressif dans les membres abdominaux et enfin de paraplégie complète. Les divers accidents étaient dus à une compression sans irritation de la moelle. Mais bientôt, des phénomènes d'irritation surviennent : convulsions toniques et cloniques dans les membres paralysés revenant par accès, douleurs fulgurantes, priapisme, etc. Les accidents duraient seulement depuis quatre jours, quand on remarqua l'apparition de bulles à la région sacrée. Quatre jours après, l'eschare était formée ; en même temps, les genoux étaient le siége d'un gonflement manifeste et les rotules étaient soulevées par l'abondance du liquide intrà-articulaire.

L'eschare et l'arthropathie qui se sont développées rapidement et simultanément doivent être placées dans la catégorie de ces troubles divers d'origine spinale qui ont été signalés par M. Charcot. HENRI HUCHARD.

Ein Fall von allgemeiner Anæsthesie (Un cas d'anesthésie générale), par le prof. SCHÜPPEL, de Tubingue. (*Arch. d. Heilk.*, 1874, *p.* 44.)

L'observation dont il s'agit ici avait été publiée en 1864 dans une thèse (*Beiträge zur Lehre von der tabes dorsualis*) par E. Späth et reproduite par F. Niemeyer dans son Traité (7e édition, t. II, p. 306). Mais à ce moment le malade vivait encore et l'auteur vient compléter les faits en donnant en même temps les résultats de l'autopsie.

Le malade, âgé de 42 ans, avait eu 22 ans auparavant une affection grave (probablement la fièvre typhoïde) à la suite de laquelle il eut pendant longtemps des tuméfactions, et enfin des ulcères aux jambes. Un an après, il ressentit dans les doigts des fourmillements, et peu à peu une diminution de la sensation tactile, puis un degré d'anesthésie tellement prononcé, que la désarticulation d'une phalange, par suite de gangrène, ne lui causa aucune douleur. L'anesthésie gagna du terrain de telle sorte qu'au 2 février 1862 on constatait l'état suivant :

Les extrémités supérieures sont anesthésiées jusqu'à l'épaule ; à partir de l'acromion les excitations intenses commencent à être perçues d'une manière confuse. Les mains, dont la peau est épaissie, et sur lesquelles on remarque les traces d'incisions faites pour extraire des os cariés, sont encore capables d'exercer une pression assez forte. Depuis les pieds, qui sont complétement insensibles au toucher, jusqu'aux fesses, la sensibilité est considérablement diminuée, un peu plus à droite qu'à gauche. Le pincement de la cuisse n'occasionne qu'une sensation très-faible et non douloureuse. L'anesthésie est tellement grande que le malade n'a pas conscience de la position dans laquelle il est couché, dès que la lumière est éteinte. Au bout de deux ans, c'est-à-dire en mars 1864, l'anesthésie s'était étendue sur le tronc et, malgré la conservation intacte de la contractilité musculaire, elle était arrivée à un tel degré, que le malade ne distinguait pas la différence entre des poids dont le rapport était comme 1 et 100. La coordination des mouvements est toujours très-régulière toutes les fois que la vue lui vient en aide, tandis qu'elle est complétement abolie dans l'obscurité.

En novembre 1871, un nouvel examen fit constater des progrès considé-

rables de l'anesthésie, et, à ce moment, les sensations douloureuses n'étaient plus perçue que sur le thorax et encore très-faiblement à droite.

En juin 1872, on constate un épaississement éléphantiasique des doigts qui rend difficile la préhension des aliments. Les sensations du tact, de la pression et de la température sont à peu près complétement abolies sur tout le corps ; tandis que certaines parties, et notamment les extrémités inférieures, sont encore faiblement impressionnées par la douleur. La sensation tactile persiste encore à différents degrés, au niveau de la figure et de la tête ; la partie postérieure de la tête et la nuque sont cependant insensibles à toutes les excitations.

Enfin le malade meurt, à l'âge de 52 ans, le 10 mai 1873, et l'autopsie est faite 19 heures après.

La mort avait été causée par une péricardite hémorrhagique dont on trouva les lésions ; peu de chose du côté du poumon ; un peu d'ascite ; foie muscade. Mais le principal intérêt de cette autopsie se concentre sur les lésions de la moelle. Dure-mère normale ; arachnoïde très-transparente ; pie-mère n'offrant aucune lésion à l'œil nu. Les cordons postérieurs des portions cervicale et dorsale ont l'aspect de la dégénérescence grise. En pressant sur la moelle on éprouve une sensation de fluctuation, et l'on voit effectivement sortir une quantité considérable de liquide à la suite d'une section transversale. Dans la partie inférieure du renflement cervical, on constate l'absence complète des cordons postérieurs et la diminution considérable des cordons latéraux ; les racines postérieures sont fortement atrophiées, au moins depuis le milieu du renflement cervical jusqu'à l'extrémité inférieure de la portion dorsale.

Le cerveau ne présente que quelques opacités des membranes, surtout au niveau de la faux. Les ventricules, un peu distendus, contiennent à peu près 100 grammes de sérosité limpide. L'épendyme des ventricules latéraux est recouvert de granulations épithéliales hyalines. Le pont de Varole et la moelle allongée, ainsi que le cervelet, ne présentent aucune anomalie.

Il était important de rechercher l'origine du liquide qui formait un canal dans la moelle ; cet examen fut fait sur des coupes transversales, dont chacune correspondait à une paire de nerfs. Ces coupes sont représentées sur une planche. On put voir de cette façon que la cavité pathologique allait du premier nerf cervical jusqu'à la jonction de la portion dorsale avec la portion lombaire ; sa plus grande largeur se trouve entre le 4e et le 7e nerf cervical. Dans tout le trajet, les cordons postérieurs sont complétement détruits et il ne reste comme paroi postérieure que la pie-mère, qui est un peu épaissie. Du 1er au 3e nerf cervical, le liquide occupait le centre de la substance grise, en s'étendant vers la commissure postérieure et vers la substance grise des cornes postérieures.

Ainsi, pour nous résumer, nous constatons l'absence complète des cordons postérieurs dans la région cervicale et leur atrophie plus ou moins considérable dans le reste de la moelle ; les cordons antérieurs sont tout à fait intacts ; la commissure antérieure n'est conservée qu'au-dessus du 2e nerf cervical et au-dessous du 12e nerf dorsal ; les cordons latéraux, intacts depuis le bulbe jusqu'au niveau du 2e nerf cervical, sont plus ou moins altérés dans le reste du trajet. Cette altération, de nature sclérosique, est surtout profonde au niveau des nerfs dorsaux, depuis le 2e jusqu'au 6e. Ce n'est qu'à la région lombaire qu'ils reprennent leur aspect normal ; pour la substance grise, qui a fourni le plus fort contingent à la production de la cavité, elle est surtout altérée dans les cornes postérieures et dans la commissure grise ; celle-ci fait complétement défaut, depuis le 1er nerf cervical jusqu'au 12e nerf dorsal.

Il résulte de ces faits que l'origine de la maladie a dû être une myélite avec résorption des parties ramollies ; ce qui est très-remarquable, c'est que les nerfs du plexus brachial furent conservés intacts dans tout leur trajet, contrairement à ce qu'avait fait supposer l'analgésie complète et la nécrose de plusieurs doigts. KLEIN.

De l'hémianesthésie liée à une lésion d'un hémisphère du cerveau, par BOURNEVILLE. (*Progrès méd., p.* 244.)

Depuis les observations de L. Turck et l'enseignement de M. Charcot, on peut assigner à certains faits d'hémianesthésie une cause autre que l'hystérie. C'est ainsi que dans le fait suivant recueilli par MM. Debove et Exchaquet. on trouva des lésions du cerveau qui expliquent parfaitement les symptômes observés pendant la vie.

Une femme dé 64 ans fut prise en janvier 1872 d'étourdissements et de paralysie du côté droit ; en février 1873 à cette paralysie musculaire incomplète se joignit une anesthésie du même côté, presque complète, et plus tard les membres droits furent saisis de mouvements choréiformes. L'intelligence diminua peu à peu et la malade mourut de pneumonie le 8 octobre. On trouva dans l'hémisphère gauche un ramollissement lacunaire ; un premier foyer intéressait : 1° l'extrémité supérieure et inférieure du troisième segment (*putamen*) du noyau extra-ventriculaire du corps strié ; 2° la partie moyenne du noyau intra-ventriculaire, dans une très-petite étendue; 3° la partie antérieure de la capsule interne. Deux autres petits foyers allongés, placés bout à bout, occupaient le pied de la couronne rayonnante, depuis l'angle du putamen, jusque dans l'épaisseur de la circonvolution qui recouvre l'insula de Reil.

Si l'on compare cette autopsie à celles qu'a pratiquées L. Turck, on voit que les seules lésions communes dans les cinq cas sont celles qui portent sur la couronne rayonnante et le troisième segment du noyau extra-ventriculaire. M. Bourneville pense même que, vu le nombre suffisant d'observations qui établissent que des altérations profondes de ce noyau de substance grise peuvent exister sans troubles de la sensibilité, c'est la lésion de la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante, y compris la partie adjacente du centre ovale, qui seule peut être considérée comme déterminant l'hémianesthésie.

L'auteur termine en faisant remarquer la coïncidence de l'hémianesthésie avec l'hémichorée. J. CAZALIS.

Cas d'hémiplégie de nature réflexe, par M. DELACROIX. (*Soc. méd. de Reims, bull. n°* 10.)

Un homme atteint de pustule maligne à la paupière supérieure gauche, s'aperçut, à mesure que la rétraction cicatricielle se produisait, que les mouvements devenaient plus difficiles du côté opposé du corps. Il n'y eut point perte de connaissance. Le malade avait conscience de son état et suivait les progrès du mal. M. Delacroix explique ce fait par le tiraillement que la cicatrice exerçait sur les filets de la cinquième paire, et par la paralysie des vaso-moteurs de la substance cérébrale correspondante que cette irrita-

tion nerveuse avait déterminée par action réflexe. Au bout de deux mois, tout symptôme paralytique avait disparu,

Selon nous, cette hémiplégie peut être rapprochée des paraplégies réflexes de Brown-Séquard. HENRI HUCHARD.

Eine Diagnose auf Brückenerkrankung (Diagnostic d'une lésion du pont de Varole), par MEYNERT; communic. à la Société des médecins de Vienne. (*Œsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde, n° 8, 21 février* 1873.)

Un aliéné, atteint d'insuffisance des orifices mitral et aortique, est pris de céphalalgie intense, avec vomissements et mouvement rotatoires de droite à gauche ; ces symptômes ne sont que passagers. Plus tard, il perd la vue, il est atteint peu à peu d'une paralysie complète de la moitié gauche du tronc et des membres avec paralysie incomplète de la moitié droite de la partie inférieure de la face et du voile du palais ; cette paralysie est accompagnée d'une hyperesthésie cutanée, avec exagération des phénomènes réflexes; il y succède bientôt de l'anesthésie.

En présentant ce malade, Meynert fait remarquer que la tendance à la rotation de droite à gauche indique une lésion du pédoncule cérébral droit; que le fait d'une paralysie incomplète et d'une partie seulement de la face exclut l'idée de l'existence d'une tumeur de la base de l'encéphale; que l'hémiplégie alterne de la sensibilité révèle une lésion de la portion centrale de la racine du nerf trijumeau du côté droit. D'après lui, tous les phénomènes observés chez ce malade, sauf la cécité, peuvent être rapportés à une lésion de la moitié droite de la protubérance, qui, partant du pédoncule cérébral droit a atteint successivement la racine du trijumeau, les fibres des pyramides antérieures et enfin le noyau inférieur du facial du côté droit, laissant intactes les autres origines du facial.

A l'occasion de cette présentation, M. Rosenthal fait remarquer que dans les cas de paralysie alterne de la face et des membres, qui doivent être rapportés à une lésion des racines du nerf facial, les muscles de la face et les branches du nerf facial ont perdu leur excitabilité faradique, tandis que la contractilité galvano-musculaire est augmentée.

H. TH.

Aneurysma einer impaaren Art. cerebr. anterior (Anévrysme du tronc commun des artères cérébrales antérieures), par W. EBSTEIN. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

Le malade avait atteint l'âge de 68 ans sans que sa santé eût jamais été notablement altérée, lorsqu'il fut pris d'accès épileptiques. Ces accidents se renouvelèrent plus ou moins fréquemment jusqu'au moment de la mort, qui survint neuf mois après. Ils étaient devenus plus rares dans les derniers temps.

Autopsie. — On voit sur la face inférieure du lobe frontal gauche, à environ 2 millimètres de la ligne médiane, un foyer de ramollissement du volume d'une cerise. Les artères cérébrales antérieures naissent par un tronc commun qui est, dans presque toute sa longueur, le siége d'une dilatation

anévrysmale. La tumeur atteint, dans sa partie la plus large, un diamètre de 0,11 millimètres. Les autres artères paraissent saines.

L'auteur pense que cette lésion a pu provoquer les accès en troublant la circulation dans les parties de l'encéphale innervées par le vaisseau malade. HALLOPEAU.

Remarkable case of death from meningeal congestion without inflammation (cas remarquable de congestion des méninges mortelle, sans inflammation), par **ANSTIE, clinical Society of London.** (*Brit. med. Journ.*, 22 *nov.* 1873, *p.* 618.

Le malade était un jeune garçon de 13 ans, très-intelligent et d'une bonne santé antérieure. A la fin des vacances il eut de l'adénopathie cervicale et devint manifestement pâle, mais sans aucun abattement ni affaiblissement. A la rentrée des classes, pendant une semaine il put participer à tous les exercices intellectuels et corporels, mais pendant tout ce temps il sentit dans les jambes une certaine raideur. Le 5 octobre il tomba en sortant de son lit, et à sa visite, le Dr Anstie observa qu'il ne pouvait se tenir debout ni exécuter des mouvements, même peu étendus, qu'on l'examinât debout ou couché. On observait des sensations de fourmillement dans les doigts et les orteils, mais pas d'autre trouble de la sensibilité. Le pouls était à 85, large mais mou. Apyrexie complète. Les membres supérieurs participèrent bien vite à cet affaiblissement, il y avait une paralysie plus forte des membres droits que des gauches. Jamais on n'observa d'augmentation de la température, bien que le pouls devint de plus en plus fréquent, il était à 130 le 3e jour de la maladie. Ce jour-là, les sterno-mastoïdiens se paralysent ; le jour suivant, les muscles respiratoires sont atteints et le malade périt le 4e jour, asphyxié sans avoir présenté tout ce temps le moindre trouble intellectuel, ni de chaleur de la peau; la parole et la déglutition restèrent intactes. Le 3e jour le Dr Andr. Clarke et M. Anstie diagnostiquèrent une congestion de la moelle et de la moelle allongée.

A l'autopsie le Dr Anstie et M. Warrington Haward vérifièrent ce diagnostic. On ne trouva rien autre qu'une congestion des vaisseaux méningés de la moelle et de la base du crâne; il n'y avait aucun épanchement séreux ni sanguin; du reste cette absence de lésions inflammatoires pouvait être soupçonnée pendant la vie, car le malade n'eut jamais de contractures ni d'hyperesthésie musculaire, il n'y eut non plus ni augmentation de la température ni paralysie des sphincters.

Le Dr Anstie attire l'attention sur la rareté de ces cas et le peu de mention qui en est fait dans les traités nosographiques.

Le Dr Radcliffe, dans l'encyclopédie de Reynolds, y fait allusion, le Dr And. Clarke en a vu quelques cas. Anstie fait observer que la thérapeutique est bien peu efficace dans ces circonstances ; au point de vue étiologique, il énumère le froid, le surmenage, la disparition brusque de certaines hémorrhagies. A propos de la discussion qui suit la lecture de cette observation, M. Barwell, Charles Carter, Southey, S. Thompson, Harley relatent des cas analogues. Dans le cas de M. Harley, l'autopsie fut pratiquée par Lockhart-Clarke qui trouva beaucoup de sang noir à l'ouverture des cavités rachidienne et cérébrale. Il n'y avait pas de congestion des cordons antérieurs de la moelle, dans les cordons postérieurs on trouva des cylindres-axes légèrement altérés.

Il n'y avait pas d'apparence de lésion à l'œil nu, la moelle seulement

était soulevée par places sous l'influence d'une congestion de sa substance. Aux observations qui lui sont faites, Anstie affirme qu'on ne peut admettre de myélite, non-seulement parce qu'on ne trouve point de lésion, mais parce que durant la vie il n'y eut pas de fièvre.

Nous n'avons qu'une objection à faire à l'observation de M. Anstie. L'examen microscopique de la moelle n'a pas été fait et bien qu'il n'y eût point de lésions apparentes à l'œil nu, peut-être eût-on trouvé des altérations visibles seulement à un fort grossissement.

A. GOUGUENHEIM.

Neuropathologische Beiträge (Étude sur la pathologie des nerfs), par BÄRWINKEL
(*Deutsches Archiv f. klinische Medicin, XIIe vol., p.* 606.)

PATHOLOGIE DU TRIJUMEAU.

1° *Atrophie nerveuse de la face.*

La malade est âgée de 5 ans ; l'atrophie porte sur la moitié gauche de la face ; elle a atteint les os en même temps que les parties molles. L'aile du nez est amincie ; la lèvre supérieure paraît relevée du côté gauche ; l'oreille gauche est plus courte que la droite de quelques millimètres ; la paupière gauche est atrophiée ; le raphé du voile du palais présente une convexité qui regarde à gauche ; l'arcade du côté gauche paraît plus élevée que la droite ; la moitié correspondante de la langue est manifestement plus étroite que l'autre ; les téguments présentent dans les parties atteintes une coloration jaunâtre très-prononcée ; on voit sur le front, au-dessus de l'orbite, dirigée verticalement, une zone large d'environ 3 centimètres, au niveau de laquelle la peau est plus colorée, amincie, finement plissée, peu velue et intimement adhérente au squelette ; on a peine à les faire glisser sur les parties profondes ; la joue présente également une coloration jaunâtre, mais elle n'est pas atrophiée ; la sensibilité paraît conservée ; cependant un courant faradique, nettement perçu à droite, est à peine senti au niveau de la partie malade. La mère assure que l'état de l'enfant s'améliore progressivement.

2° *Diplégie du trijumeau.*

Cette affection est très-rare ; le fait rapporté par l'auteur paraît être le premier dans lequel on ait vu la paralysie se porter sur la portion motrice des deux trijumeaux.

Le malade, âgé de 34 ans, a été atteint brusquement d'une paralysie des muscles élévateurs de la mâchoire. Il a éprouvé en même temps une sensation de tension dans les oreilles, et, peu après, un peu d'engourdissement des 3e et 4e doigts de chaque main. La tête avait tendance à s'infléchir en avant ; la mâchoire inférieure restait constamment abaissée ; le malade pouvait la mouvoir transversalement, mais les mouvements d'élévation étaient complétement abolis. Les muscles temporaux paraissaient presque entièrement atrophiés ; les courants faradiques les plus énergiques n'y déterminaient aucune contraction ; la galvanisation ne provoquait qu'une faible réaction ; la mastication était devenue impossible.

Les muscles animés par le facial se contractaient comme à l'état normal ; la langue pouvait être portée dans toutes les directions ; pourtant le malade

accusait une certaine gêne dans l'exécution de ces mouvements; les deux paupières supérieures étaient abaissées; la sensibilité était intacte.

Il existait donc chez cet individu une paralysie atrophique des muscles masticateurs, et de plus une paralysie partielle des moteurs oculaires communs et de l'accessoire de Willis. L'auteur, en présence de ces symptômes, crut pouvoir localiser la lésion dans les noyaux moteurs des maxillaires inférieurs.

Deux mois après, la maladie avait fait des progrès sensibles; un herpès avait paru autour de l'œil droit; l'excitation de la muqueuse pharyngée ne provoquait plus de mouvements réflexes, bien qu'elle fût nettement perçue; la paralysie des muscles masticateurs avait peut-être un peu diminué et les paupières s'étaient peu à peu relevées, mais la paralysie s'était étendue aux nerfs faciaux; la contractilité faradique des muscles qu'ils animaient était affaiblie; la parole et la déglutition étaient gênées; évidemment la lésion s'était propagée du noyau moteur du trijumeau à ceux du facial et de l'hypoglosse. Les atrophies bulbaires suivent bien rarement cette marche.

3° *Ophthalmie névroparalytique.*

L'auteur a vu se produire simultanément chez un malade atteint d'une tumeur de la base du crâne une paralysie du trijumeau et une altération de l'œil.

La tumeur comprimait le trijumeau, l'hypoglosse, le facial, le moteur oculaire externe, le spinal, l'auditif, le moteur oculaire commun et le pneumogastrique du côté gauche. Les troubles oculaires sont survenus peu de temps après la paralysie de la 5e paire. A un moment donné, l'œil devint douloureux en même temps que la conjonctive s'injectait, et presque aussitôt l'on reconnut qu'une perte de substance s'était produite au centre de la cornée; cette membrane était sèche et insensible; les jours suivants, l'injection augmenta et de nouvelles ulcérations apparurent. L'occlusion de l'œil combinée avec une légère compression, amena rapidement une amélioration sensible; néanmoins la cornée resta opaque dans une partie de son étendue jusqu'au moment de la mort. HALLOPEAU.

Un cas de rage avec autopsie, par M. POLAILLON. (*Soc. biol., séance du 4 mai 1872 et Gaz. méd. de Paris, n° 47, 1873.*)

A l'autopsie, on trouva : 1° une congestion généralisée de tous les viscères (rate, foie, rein, système nerveux, glandes salivaires); 2° prolifération conjonctive très-notable dans les glandes salivaires, légère altération de leurs cellules épithéliales; 3° apparition de quelques leucocytes le long des capillaires du foie, qui sont au contraire plus nombreux dans le nerf trijumeau et dans le ganglion de Gasser, où les cellules ganglionnaires présentent une altération notable de leur forme, de leur volume, de leur composition anatomique et de leurs rapports.

Les cicatrices cutanées des points où avait été mordu le malade (au front au-dessus du sourcil droit, à l'aile du nez, à la commissure labiale) paraissaient très-belles et ne montraient aucune altération.

Le tronc nerveux qui arrive au ganglion de Gasser, comme le ganglion lui-même du côté de la blessure, a été trouvé fortement congestionné; le tronc nerveux présente en assez grand nombre des cellules blanches, incolores, le plus souvent rondes, quelquefois ovalaires, qui se retrouvent dans le ganglion, où elles modifient par compression la forme des cellules ganglionnaires. Celles-ci prennent un aspect déchiqueté, d'autres s'aplatissent,

s'allongent, quelques-unes sont granuleuses; leur matière colorante a disparu.

Les moelles épinière et allongée n'ont montré à l'examen qu'une assez forte congestion. La substance corticale de la moelle et de l'encéphale était très-injectée, le liquide cérébro-spinal était jaunâtre, clair, un peu visqueux, les racines nerveuses normales, la moelle plus fortement congestionnée que les autres parties du cerveau. Muscles et cœur sains. Le sang n'a pas été examiné.

A ce sujet, M. Polaillon rappelle les altérations qui ont été trouvées par différents auteurs : altérations des nerfs du point mordu (Wagner de Vienne); congestions le long du sympathique, du phrénique, du nerf vague (Krappenberg, Reder, de Vienne); tuméfaction et hyperémie du 3e ganglion cervical du sympathique (Froriep); dilatation énorme des vaisseaux des méninges (Mead); injection des méninges spinales au point de sortie de tous les nerfs avec abcès intra-médullaire situé à un pouce au-dessus de la queue de cheval (Franque); sécheresse toute particulière des méninges (Dobry). HENRI HUCHARD.

Casuistische Beiträge zu den Neurosen der oberen Extremitäten (Observations de névroses des extrémités supérieures), von Dr A. EULENBURG. (*Berlin. klin. Wochens., n° 3, p. 26.*)

Les cas analysés ici sont des faits de lésions du plexus brachial.

Ier CAS. — Homme de 61 ans : luxation de l'humérus à la suite d'une chute sur le verglas, réduction le troisième jour. Six jours après l'accident, l'auteur vit le malade et put constater chez lui les symptômes suivants : 1° une paralysie complète de tous les muscles desservis par les branches de bifurcation du plexus brachial, axillaire, musculo-cutané, radial, médian, cubital; 2° une anesthésie absolue de la main et de l'avant-bras correspondants; 3° des troubles vaso-moteurs très-intenses, consistant en un abaissement considérable de température de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras paralysés, la différence s'élevant jusqu'à 7 1/2 degrés centigrades en faveur du membre sain; la peau ressemblait à du papier mince et glacé, les secrétions cutanées faisaient absolument défaut; tandis que la main était livide, sur le dos de l'avant-bras on apercevait des taches et des bandelettes blanchâtres au niveau desquelles la peau était non-seulement décolorée, mais encore rétractée, de sorte que l'aspect en était tout à fait semblable à celui des parties du visage atteintes d'une trophonévrose au début. En revanche, les ongles considérablement hypertrophiés étaient plus longs, plus incurvés, plus colorés que sur l'autre main; les phalanges étaient atrophiées, noueuses au niveau de leurs articulations; les extrémités des doigts en forme de coins; en même temps, dans leur ensemble, les doigts étaient fléchis et contracturés.

Malgré cette paralysie complète, les troncs nerveux n'étaient pas intéressés dans leur continuité, car pour produire des contractions dans le bras, il suffisait d'appliquer de faibles courants d'induction au cou, c'est-à-dire au-dessus du siége de la lésion : cette circonstance permettait un pronostic relativement favorable, et en effet, depuis lors la sensibilité au contact est un peu revenue, le malade peut faire quelques mouvements. L'excitabilité galvanique n'a jamais été complétement détruite dans les nerfs et les muscles paralysés.

IIe CAS. — Dame âgée : luxation de l'humérus droit; consécutivement paralysie du deltoïde et des extenseurs de l'avant-bras. Anesthésie partielle

sur le trajet du nerf cubital, coïncidant avec une zone d'hyperesthésie dans la sphère du nerf médian. Troubles trophiques très-analogues à ceux du fait précédent, mais en plus, sur les deux faces de la main, épaississement considérable de l'épiderme qui forme de larges plaques dures, jaunâtres, recouvertes d'écailles (icthyose). En même temps, sur le bras du malade on voyait encore très-nettement et colorées en rouge brun les cicatrices d'une variole contractée l'année précédente, qui étaient peu sensibles sur le membre gauche. La guérison a été amenée par des injections sous-cutanées de strychnine et par la galvanisation. J. B.

Mouvements choréiques des membres inférieurs, par LANDOUZY. (*Soc. biolog.*, 31 *mai* 1873.)

Le malade, âgé de 37 ans, peintre en bâtiments, ancien doreur sur bois, n'ayant jamais eu d'accidents saturnins ni mercuriels, niant toute affection syphilitique, avouant de fréquents excès alcooliques, est affecté depuis 7 ans de mouvements choréiques des membres inférieurs. Sa marche est celle d'un homme ivre; dans la position verticale, il ne peut rester immobile, ses membres inférieurs sont alternativement fléchis et étendus; il piétine et a l'air de danser sur place; dans la position assise, les deux jambes se meuvent comme si elle faisaient jouer des pédales, et il y a de plus de légers mouvements de projection en avant du bassin et du tronc. Dans les membres supérieurs on ne constate qu'un léger tremblement de nature alcoolique et qui n'a aucunement le caractère du tremblement choréiforme des membres inférieurs. On constate cependant de légères oscillations intermittentes des deux pouces et quelques mouvements dans les doigts qui s'exagèrent sous l'influence d'une émotion ou lorsqu'on regarde le malade. L'écriture est pénible, tremblée, lente, mais lisible. Face mobile, animée de quelques brusques contractions de la commissure labiale gauche; langue un peu tremblante, parole hésitante. Rien aux yeux. — La mère du malade était morte d'une maladie mentale; son père, une de ses sœurs auraient succombé à la même affection dont est atteint le malade ; une autre de ses sœurs est traitée pour des accidents semblables. — Comme antécédent morbide, on ne note que quelques douleurs articulaires.

Ces mouvements sont survenus il y a 7 ans; sans cause connue, ils persistent dans le décubitus dorsal et présentent un certain rhythme dans leur incoordination ; la force musculaire est conservée dans les membres inférieurs. Le sommeil amène le repos complet et absolu de tout le corps. La colonne vertébrale n'est douloureuse en aucun point. La sensibilité cutanée est partout conservée. HENRI HUCHARD.

Nervous disorders occuring during variola (Troubles nerveux dans le cours de la variole), par James-J. PUTNAM. (*The Boston med. and surg. journal, août* 1873.)

Un forgeron fut pris, le 10 décembre 1872, d'une variole grave et resta pendant plusieurs jours sans connaissance. Le huitième jour il revint à lui, mais s'aperçut d'une certaine gêne dans l'épaule droite ; en même temps il commença à ressentir des douleurs sourdes et profondes s'étendant de la région spinale vers l'épaule et la partie supérieure du bras. Trois ou quatre jours après, la douleur diminuait, puis disparaissait complétement. Lorsque, à la cinquième semaine, il voulut quitter son lit, il se sentit incapable de lever le bras droit au-dessus de l'épaule. Quatre semaines après, il entra à

l'hôpital. A cette époque, le nerf thoracique postérieur qui anime le grand dentelé ne répondait plus à la faradisation. Le muscle rhomboïde du côté droit et la portion inférieure du trapèze se contractaient aussi moins bien que les muscles correspondants du côté opposé. Il n'existait pas d'autre trouble nerveux. Le malade fut traité par la strychnine à haute dose et l'électrisation des parties affectées; mais au bout de deux mois il n'avait pas éprouvé la moindre amélioration, et avait seulement appris à se servir plus habilement de son bras.

L'auteur signale à la suite de cette observation un certain nombre de cas analogues déjà publiés. (V. aussi *Rev. des sc. méd.*, t. II.)

A. S.

Bekentnisse eines an perverser Geschlechtsrichtung Leidenden (Confessions d'un malade atteint d'une perversion de l'instinct sexuel), par le Dr SCHOLZ, de Brême. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med., oct.* 1873.)

Curieuse autobiographie publiée sur la demande même du patient.

Un jeune homme de 30 ans, marié, traînant une vie misérable, ayant tenté même de se suicider, parce qu'il est désolé de n'être pas né *femme* et de ne pouvoir devenir *mère*. Il n'éprouve aucun plaisir dans les rapports avec l'autre sexe et n'admet la possibilité de la jouissance dans l'amour que du côté de la femme. Cependant Scholz assure que ce malheureux est parfaitement conformé et qu'il ne se serait jamais livré à la pédérastie.

J. B.

Sur un cas d'hyperéphidrose locale héréditaire, par le Dr OLLIVIER, séance de la soc. de Biol. du 31 mai 1873. (*Gaz. médicale.*)

Un jeune homme âgé de 21 ans est atteint depuis sa naissance d'hyperéphidrose limitée à la partie des téguments de la face qu'innerve la branche maxillaire supérieure du trijumeau droit, c'est-à-dire à la paupière inférieure, à la moitié du nez, à la joue, à la lèvre inférieure de ce côté. Cette exagération de la sécrétion sudorale se produit surtout sous l'influence de la chaleur, de l'ingestion des boissons, de l'exercice, des émotions. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est que le grand-père maternel du malade a été atteint pendant toute sa vie d'une transpiration continue, limitée à la même région, que sa sœur en est affectée, et qu'un enfant de sa sœur a depuis sa naissance une hyperéphidrose limitée au département des téguments de la face innervé par le nerf maxillaire supérieur droit. HENRI HUCHARD.

On Duchenne's pseudo-hypertrophic muscular paralysis (De la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique de Duchenne), par William MILLERFORD. (*Medical Times and Gazette*, 15 *nov.* 1873, *p.* 563.)

Le malade, un enfant de sept ans, souffre depuis deux ans d'une faiblesse progressive du dos et des membres inférieurs, qui paraît ne reconnaître aucune cause. Il n'y a pas de troubles des facultés intellectuelles, mais l'enfant a du mal à marcher et ne peut pas s'appuyer solidement avec ses mains. Les muscles sacro-spinaux sont atrophiés, mais les mollets sont manifestement

hypertrophiés et plus gros que les cuisses. Les fibres musculaires enlevées avec un emporte-pièce ne paraissent pas altérées et n'ont subi aucune dégénérescence, mais elles sont chargées d'éléments fibreux intercalés dans les faisceaux primitifs.

On a conclu de ce fait à un trouble vaso-moteur. Les affections connues sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance et de paralysie infantile ont été comparées à la paralysie pseudo-hypertrophique, mais les Drs Lockhart Clarke et Bastian ont montré que dans les premières il y a myélite partielle, tandis que dans la seconde on n'observe aucune lésion de la moelle ni du cerveau. On a pensé alors à une altération qui aurait son siége dans le grand sympathique ou dans le système ganglionnaire.

Dans le cas ci-dessus, aucune altération de la sensibilité n'a été remarquée, on a observé seulement la faiblesse musculaire intéressant surtout la partie inférieure du corps.

Le Dr Althaus a vu dans des cas du même genre une augmentation de la température des parties malades, et il conclut qu'on a affaire à une lésion trophique. Griesinger et Billroth ont décrit un état pâle du muscle; dans d'autres cas il y avait hypertrophie, de sorte que dans cette affection il y aurait deux périodes, celle d'hypertrophie et celle d'atrophie.

Eulenburg et Cohnheim ont parlé d'un cas où les cordons latéraux de la moelle étaient surchargés de graisse, ainsi que le nerf sciatique.

Le Dr Langdon pense qu'il n'y a là ni trouble vaso-moteur ni affection médullaire, mais lésion du cerveau, parce que dans neuf cas de ce genre il a observé un défaut du pouvoir intellectuel. E. LANCEREAUX.

Mélanodermie étendue à presque toute la surface du corps; sclérodermie bornée aux doigts avec atrophie des phalangettes; atrophie de la moitié de la face, par le Dr LÉPINE. (*Soc. biol.*, 29 *mars* 1873.)

Femme âgée de 59 ans, qui ne se plaint que de la coloration de sa peau et d'un peu de gêne dans les mouvements des doigts. Depuis trois ans, elle a remarqué que sa peau changeait de couleur; à son entrée à l'hôpital on trouve qu'une grande partie de la surface du corps, à l'exception des jambes et des pieds, a pris une coloration brune plus ou moins foncée. Il y a trois ans, elle a éprouvé dans le bras gauche des douleurs qui ont disparu. Un an après, les doigts de la main gauche, puis ceux de la main droite ont été successivement pris de l'affection qu'ils présentent aujourd'hui; la peau des doigts est mince, parcheminée, adhérente au point qu'on ne peut y faire un pli; les mouvements des doigts sont difficiles par suite de l'état de la peau; phalangettes atrophiées, réduites de moitié de leur longueur; sensibilité cutanée des doigts très-diminuée; les doigts sont habituellement froids. La face présente une asymétrie notable; la moitié droite de la face paraît plus petite, la peau plus mince, la sensibilité moins accusée.

On a sans doute constaté la coexistence d'une maladie d'Addison et de sclérodermie (Rossbach); mais dans ce cas on ne pouvait penser à une maladie d'Addison à cause de l'intégrité des forces et des fonctions digestives. Mais on sait que la coloration foncée accompagne assez sou-

vent la sclérodermie, et Auspitz expliquait la pigmentation par la stase du sang dans les veines, stase due à la compression qu'exerce le tissu induré; explication incomplète dans les cas où la pigmentation dépasse de beaucoup les limites de l'induration. M. Lépine met les affections diverses présentées par sa malade sous la dépendance du système nerveux.

H. HUCHARD.

Deux observations de maladie d'Addison sans coloration bronzée, par A. LAVERAN.
(*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, n° 30.)

Un malade âgé de 25 ans, atteint d'ostéite du grand trochanter, portait à la hanche droite une plaie fistuleuse. Quinze jours après son entrée à l'hôpital, il est pris de frissons, de vomissements bilieux et tombe dans l'état typhoïde; la peau de la face présente une teinte terreuse comme chez bon nombre de phthisiques. La peau du front et des membres a une couleur normale.

Le malade est faible, amaigri, plongé dans la stupeur; langue rouge, sèche à la pointe, peau chaude, pouls fréquent, vomissements bilieux et incessants. Le diagnostic porté a été d'abord celui d'ostéite du fémur avec infection purulente consécutive.

Pendant quelques jours encore, le malade vomit toujours, est de plus en plus plongé dans la stupeur, il meurt 20 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on ne constate pas de lésions importantes dans les poumons, le cœur, le cerveau. Sur la muqueuse buccale, il existe quelques taches noirâtres, pigmentaires. Dans l'intestin grêle, on trouve les follicules isolés, saillants, pigmentés, nulle part ulcérés; les plaques de Peyer pigmentées et un peu développées; dans le gros intestin, les follicules isolés, également développés et pigmentés. La même altération existe pour les ganglions mésentériques.

Rate doublée de volume, de consistance et de coloration normales. Foie ramolli, de coloration feuille morte; capsule surrénale droite hypertrophiée, ayant une apparence squirrheuse, et à la coupe un aspect lardacé; capsule surrénale gauche du volume d'un gros œuf de poule, présentant à l'intérieur quelques petits foyers remplis d'une matière puriforme. Celle-ci renferme de nombreux globules de pus et des éléments cellulaires granuleux ou graisseux; la substance des capsules surrénales est constituée par un stroma fibreux formant des alvéoles de formes irrégulières, à contenu composé d'éléments cellulaires de grandeur variable. Les deux reins sont augmentés de volume, hyperémiés; le rein gauche renferme un petit abcès; au microscope, l'épithélium des tubuli est granuleux, principalement dans la substance corticale. Ganglions semi-lunaires, volumineux, indurés. Le sang renferme une plus forte proportion de globules blancs. Au niveau de la hanche droite, on ne trouve pas d'ostéite du fémur. L'articulation coxo-fémorale est saine.

Les lésions anatomiques trouvées chez ce malade sont donc constituées : 1° par les altérations des organes hématopoïétiques qui ont été constatées assez souvent, comme on le sait, dans la maladie d'Addison; 2° par l'altération des capsules surrénales et des ganglions semi-lunaires. Les capsules surrénales n'étaient atteintes d'aucune lésion tuberculeuse ou cancéreuse; il ne s'agissait dans ce cas que d'une néoplasie inflammatoire.

La seconde observation, due à M. le Dr Kelsch, présente beaucoup d'analogie avec la première.

Il résulte de ces deux faits et d'autres observés par Addison, que la dénomination de maladie bronzée est mauvaise, parce que : 1° la maladie d'Addison ne s'accompagne pas toujours de coloration bronzée; 2° parce que la mélanodermie peut se rencontrer chez des malades dont les capsules surrénales sont parfaitement saines, comme dans la tuberculose, la cachexie paludéenne.

Dans le cas où la maladie d'Addison n'est pas accompagnée de la coloration bronzée particulière, l'asthénie profonde dans laquelle tombent les malades et les vomissements incoercibles peuvent permettre de faire le diagnostic de la maladie. HENRI HUCHARD.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

ANALYSES.

On the diagnosis of sex of the fœtus in utero (Sur le diagnostic du sexe du fœtus dans l'utérus), par Willis E. FORD. (*The medical Record, New-York,* 1er *déc.* 1873, *p.* 591.)

Plusieurs mémoires, dans ces dernières années, ont été publiés dans le but d'établir que le sexe et la présentation du fœtus peuvent être déterminés, dans le dernier mois de la grossesse, par la fréquence et la position des battements du cœur fœtal. Le *New-York medical journal* de juillet 1872 a cité sept observations prises au neuvième mois, avec les conclusions suivantes :

Les bruits du cœur entendus au-dessous d'une ligne transversale qui partage l'utérus en deux moitiés indiquent une présentation du sommet ; au-dessus de cette ligne, une présentation du siége. Lorsque le nombre des pulsations est de 144 par minute, l'enfant est du sexe féminin ; s'il est de 124 par minute, l'enfant est du sexe masculin. Une variation de six battements en plus ou en moins ne compromet pas le diagnostic.

Le Dr Ford trouve, avec raison, le nombre des observations sur lesquelles sont fondées ces conclusions tout à fait insuffisant. Cherchant à les contrôler, il a examiné avec soin 62 cas de grossesse simple et à terme. Le nombre moyen des pulsations chez 24 enfants du sexe féminin a été de 143 ; le chiffre le plus élevé était de 160 et le plus bas de 120. Le nombre moyen de pulsations chez 38 enfants mâles a été de 142 1/2, le chiffre le plus élevé étant de 170 et le plus bas de 110 pulsations.

Les bruits du cœur ont été entendus au côté droit de la mère dans 34 cas, au côté gauche dans 25 cas, au niveau de l'ombilic dans 4 cas, au-dessus de la partie moyenne de l'utérus dans 6 cas, et au-dessous dans 56 cas.

Les présentations ont été les suivantes : occipito-antérieure gauche, 56 ; occipito-postérieure droite, 3; siége, 3. Sur les 3 cas de présentation du siége, les battements ont été une fois entendus au niveau de l'ombilic, et, dans les deux autres cas, au-dessous de la partie moyenne de l'utérus. Pour la deuxième position, dans un cas les battements s'entendaient à l'ombilic, et dans les deux autres au niveau de la fosse iliaque gauche.

Les conclusions forcées de ces observations sont que le nombre des pulsations ne donne aucune indication sur le sexe du fœtus, et que la position du cœur du fœtus dans le dernier mois ne peut servir à indiquer la présentation.

On a constaté fréquemment que, d'un examen à l'autre, le lieu du maximum des battements du cœur se déplaçait, et qu'à mesure que la grossesse approchait de son terme, la proportion des cas dans lesquels les battements étaient entendus dans la fosse iliaque gauche devenait plus considérable. Dans un certain nombre de cas, au commencement du travail, on constatait les battements au côté gauche de la mère, alors que quelques semaines auparavant on les avait entendus du côté opposé.

En recherchant quelle est l'influence de l'âge et de la vigueur des parents sur le sexe de l'enfant, Ford a vu que, dans la grande majorité des cas, le sexe de l'enfant est le même que celui du plus âgé et du plus robuste des parents. Cependant ce n'est pas là une règle absolue. E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

On a cause of retention of urine in fibrous tumour of the uterus, with cases (Sur une cause de rétention d'urine survenant à l'occasion des tumeurs fibreuses de l'utérus), par J.-R. HARDIE. (*Edinburgh medic. journ., janvier* 1874, *p.* 581.)

La présence d'une tumeur fibreuse intrà-utérine peut donner lieu à des symptômes du côté de la vessie, notamment à une rétention d'urine subite et complète. C'est à cet accident, passager du reste, que l'auteur consacre quelques pages. Cette rétention survient toujours immédiatement avant le moment des règles, ou dans le premier jour de leur évolution. Elle est due à une cause purement mécanique ; le corps fibreux participant à la congestion de tout l'appareil utérin se tuméfie et vient

comprimer le col de la vessie et de l'urèthre, de façon à intercepter totalement le cours des urines. Au contraire, les progrès de la tumeur en général n'amènent pas cet accident, parce qu'ils se produisent lentement et donnent aux organes le temps de s'habituer à un certain degré de compression.

Cette explication, qui est très-évidente pour les tumeurs volumineuses occupant le petit bassin, est moins acceptable lorsqu'il s'agit de petits corps fibreux intrà-pariétaux ; toutefois elle est vraie pour le cas où ils occupent la paroi antérieure de l'utérus.

Enfin, même dans le cas où le corps fibreux est surtout développé dans la cavité péritonéale, il peut aux époques menstruelles donner lieu à de la rétention d'urine. Suivent trois observations détaillées destinées à montrer la réalité du fait clinique. H. R.

A fifth series of one hundred cases with remarks on the results of five hundred cases of ovariotomy (Une cinquième série, de cent cas, avec remarques sur les résultats de cinq cents cas d'ovariotomie), par Spencer WELLS. (*Med. chir. Transact.*, 1873, *v.* 38, *pp.* 113-128.)

Sur les 500 ovariotomies, 240 ont été pratiquées à l'hôpital (un hôpital de 18 lits). La mortalité a été de 26,66 0/0.

260 ont été pratiquées en ville. La mortalité a été de 24,23 0/0.

La saison n'a pas d'influence sur les suites de l'opération.

Au-dessous de 20 ans et au-dessus de 60, la mortalité est presque nulle.

Entre 20 et 25 ans, comme entre 40 et 45, la mortalité est de 17 et 16 0/0.

Le maximum 33 0/0 est pour la période de 50 à 55 ans.

Les adhérences avec les parois abdominales ou avec l'épiploon n'ont pas d'influence appréciable sur la mortalité, 19,93 0/0. Il n'en est pas de même des adhérences avec les parois du bassin, 33,33 0/0.

Le diagnostic des adhérences avec les parois pelviennes avant l'opération a donc une importance considérable, tandis qu'en pratique on peut négliger le diagnostic des adhérences avec les parois abdominales.

Le volume, la consistance et le poids de la tumeur ont une grande importance ; on peut s'en assurer en comparant la mortalité avec l'étendue des incisions.

Le maintien du pédicule au dehors à l'aide du clamp est le mode de traitement qui donne les meilleurs résultats.

Aux 500 cas d'ovariotomie, l'auteur ajoute une analyse de 52 cas où l'incision fut seulement exploratrice ou bien l'opération incomplète : 19 opérées moururent dans les 15 premiers jours ; 33 guérirent de l'opération ; 5 guérirent complétement ; 3 d'entre elles après l'ouverture du kyste, la plaie ayant été fermée autour d'un tube à drainage.

Sur les 373 malades guéries, 23 ont été perdues de vue. L'auteur a eu des renseignements sur toutes les autres.

36 célibataires se sont mariées, 29 ont eu un ou plusieurs enfants.

2 ont eu des jumeaux.

Sur les 259 femmes mariées avant l'opération, 23 ont eu des enfants après leur guérison.

36 femmes sont mortes depuis quelques semaines jusqu'à huit ans après la guérison. Dans 17 cas, la cause de la mort avait plus ou moins de rapport avec la maladie de l'ovaire ou l'opération ; dans 19 cas, il n'y avait aucune connexité.

Pour achever de justifier l'ovariotomie, l'auteur, se basant sur les moyennes admises, croit avoir abrégé d'une somme de 508 années l'existence des femmes qui sont mortes des suites de l'opération ; mais, par contre, celles qui ont guéri et qui, sans l'opération, auraient fourni 1,492 années d'une misérable existence, ont bénéficié de la somme considérable de 10,817 années en santé moyenne. CH. PÉRIER.

On some points in the surgical treatment of intra-peritoneal injuries (Sur quelques points du traitement chirurgical des lésions intra-péritonéales), par Thomas SMITH. (*St-Bartholomew's hospital Reports*, 1873, *vol. IX, p.* 147.)

L'auteur, fondant ses considérations sur l'analyse du tableau des 500 cas d'ovariotomie publié par Spencer Wells, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le péritoine peut être ouvert ; son contenu peut être manié si cela est nécessaire ; sa surface peut être librement épongée ; on peut lui appliquer par places des styptiques chimiques forts, même le cautère actuel ; les vaisseaux sanguins et ceux des parties voisines peuvent être liés avec la soie, le fil de chanvre, le fil métallique ou la corde à boyau, et les ligatures laissées dans sa cavité ; on peut courir tous ces risques dans le but de débarrasser une malade d'une tumeur de l'ovaire qui menace ses jours.

2° Parmi tous les périls de l'ovariotomie, il n'en est pas contre lequel on doive plus se mettre en garde que le séjour dans la cavité péritonéale d'un liquide irritant, ou de toute matière, soit liquide, soit solide, en voie de décomposition ou susceptible de se putréfier.

3° Les résultats de l'expérience justifient le chirurgien qui entreprend l'ovariotomie lorsque la vie est menacée soit par la suppuration du kyste, soit par sa rupture dans le péritoine, même lorsque les accidents sont compliqués de péritonite ; l'opération entreprise dans ces conditions, outre le soulagement qu'elle peut apporter par l'ablation de la tumeur de l'ovaire, a un effet direct avantageux sur la marche de la péritonite.

4° Pendant la convalescence de l'ovariotomie, lorsque la vie est menacée par la présence dans la cavité péritonéale de liquides virulents ou putréfiés, on doit leur donner issue, et recourir aux moyens de prévenir une accumulation nouvelle. CH. PÉRIER.

Die blutige Erweiterung des Gebärmutterhalses (De la dilatation sanglante du col de la matrice), par R. OLSHAUSEN. (*Sammlung klinischer Vortræge von Volkmann*, n° 67, *Leipzig*, 1874.)

Sous le nom de « dilatation sanglante » du col de l'utérus, l'auteur allemand veut simplement désigner l'hystérotomie vaginale appliquée, en

dehors de l'état puerpéral, dans certains cas de rétrécissements du canal cervical amenant la dysménorrhée ou la stérilité.

Wert, et après lui un certain nombre d'auteurs, ont prétendu que le canal cervical était suffisamment large pour permettre la fécondation lorsqu'il se laissait traverser par la sonde utérine. Un grand nombre de faits protestent contre cette manière de voir, et il serait démontré maintenant que les spermatozoïdes ne pénètrent pas toujours dans la cavité utérine aussi facilement que le pensait Wert.

Aussi les cas de stérilité réclamant la section du col sont-ils assez fréquents; pour la pratiquer l'auteur ne se sert ni de l'instrument de Simpson, ni de l'hystérotome de Mathieu. Il préfère opérer librement avec le bistouri boutonné à lame convexe et à long manche imaginé par Marion Sims.

L'incision une fois pratiquée, il s'agit d'empêcher la rétraction cicatricielle; à cet effet, l'auteur emploie, pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération, la dilatation à l'aide du doigt, et, à partir du troisième jour, l'introduction de la sonde utérine qui permet d'agir sur les parties plus élevées du canal cervical.

Il recommande également les cautérisations, même au fer rouge.

Quant à l'éponge préparée, préconisée par un grand nombre de gynécologistes, elle présenterait d'après Olshausen plusieurs inconvénients fort sérieux. Elle finit toujours par adhérer solidement aux parties avec lesquelles elle est en contact, si bien qu'il devient impossible de l'enlever sans arracher en même temps des lambeaux de muqueuse. D'autre part, l'éponge se gorge de matières purulentes qui se fixent dans ses pores, finissent par exhaler une odeur infecte et occasionnent parfois des symptômes de résorption putride. L'auteur cite deux cas où l'emploi de l'éponge préparée a été suivi d'infection putride qui entraîna avec une rapidité effrayante la mort de la malade.

Les tiges de laminaire n'auraient point ces inconvénients, mais il n'est point facile, dit Olshausen, de les fixer solidement et de les empêcher de sortir, à un moment donné, de la cavité du col où on les a introduites.

L.-E. DUPUY.

On the hemorrhage that occurs during the continuance of pregnancy in cases of placenta prævia (Des hémorrhagies qui surviennent dans le cours de la grossesse, par suite d'insertions vicieuses du placenta), par J. Matthews DUNCAN. (*Edinburgh med. journ., nov.* 1873, *p.* 385.)

Les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta sont bien connues, cependant on est trop disposé à ne ranger dans cette catégorie que celles qui surviennent dans les derniers mois de la grossesse, consécutivement aux contractions de l'utérus et au décollement du placenta. D'après l'auteur, elles se produiraient par suite de quatre mécanismes différents: 1° par rupture d'un vaisseau utéro-placentaire; 2° par rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire, dans le cas d'implantation latérale; 3° par séparation partielle du placenta à la suite d'un accident, une chute

par exemple ; 4° par décollement placentaire dû à des contractions utérines. Aussi, reconnaissant pour origine des causes différentes, elles ne surviennent pas fatalement à partir du 7e mois de la grossesse et peuvent se montrer bien auparavant.

Un long paragraphe est consacré au développement de cette idée et à l'histoire de chacune de ces variétés de métrorrhagie. L'auteur combat, comme trop exclusives, les théories généralement adoptées, qui voient dans le développement inégal de la paroi utérine et du placenta la raison physiologique de ces hémorrhagies. S'il en était ainsi, toute implantation du placenta au voisinage du col de l'utérus devrait entraîner fatalement une hémorrhagie, ce qui n'est pas ; d'autre part, s'il se faisait des séparations graduelles du placenta, on devrait retrouver des portions de cet organe plus ou moins atrophiées : or, c'est ce qui ne se voit pas.

La théorie récente du docteur Barnes sur la zone dangereuse d'implantation du placenta n'est pas plus satisfaisante, et s'appuie sur des considérations imaginaires.

D'après Duncan, la structure très-vasculaire du placenta suffit amplement à expliquer la fréquence des hémorrhagies sous des influences variables ; si l'épanchement du sang se montre plus fréquemment en cas d'implantation inférieure, cela tient à ce que le sang est soumis dans ce cas à une pression plus considérable que lorsque le placenta part du fond de l'utérus. H. R.

Die höheren Grade der weiblichen Osteomalacie (De l'ostéomalacie portée à un haut degré chez la femme), par Dr C. HENNING. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fascicule* 3, *Berlin,* 1873.)

Outre la description détaillée de trois cas d'ostéomalacie (bassin ostéomalacique déformé à un haut degré, ostéomalacie avec hyperostose, et ostéomalacie non puerpérale), l'auteur fait un exposé remarquable de l'état de la science sur ce sujet si peu connu ; il tient compte également des recherches entreprises sur certains animaux tels que chevaux, vaches et chèvres. Un index bibliographique très-complet se trouve annexé à ce mémoire. Mais l'objet principal de celui-ci est l'ostéomalacie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement ; à ce dernier point de vue, voici les faits consignés par l'auteur dans un nombre assez considérable de cas d'ostéomalacie :

L'accouchement se fit *naturellement* dans 17 cas ; 2 femmes présentèrent même deux accouchements naturels, 3 femmes en présentèrent trois, 3 autres quatre ; une femme accoucha même 5 fois dans ces conditions, et une autre 8 fois. Ces accouchements furent le plus souvent laborieux (neuf fois) ; on nota dans un cas seulement la mort de l'enfant.

L'*accouchement prématuré* se fit *spontanément* chez 4 femmes, chez l'une d'elles il se produisit même deux fois.

Il y eut 5 cas d'*avortement spontané ;* une de ces femmes avorta deux fois.

Dans 4 cas, on produisit l'*accouchement prématuré artificiel ;* deux enfants furent amenés morts ; une petite fille mourut après la naissance.

Les femmes furent sauvées à l'exception d'une seule, qui mourut avant d'être délivrée.

On *provoqua l'avortement* 4 fois, dans un cas à 4 mois.

La vie de toutes les mères fut conservée ; chez l'une d'elles, l'avortement fut suivi d'une exacerbation dans la marche de l'ostéomalacie.

Huit femmes furent délivrées par la *version;* cette opération fut pratiquée 2 fois chez l'une d'elles.

Le *forceps* fut appliqué 25 fois ; chez deux femmes on eut l'occasion d'y recourir deux fois; chez une autre, 4 fois ; chez une dernière enfin, 5 fois. Il y eut 3 enfants morts. Une de ces femmes succomba pendant les suites de couche; une autre fut atteinte d'exsudat pleurétique, mais guérit néanmoins.

La *perforation* du crâne combinée à la céphalotripsie dut être employée dans 11 cas ; toutes les femmes furent sauvées. L'une succomba cinq ans plus tard, par suite des progrès de l'ostéomalacie.

Dans 5 cas, il se produisit avant tout espèce d'opération une *rupture utérine.*

L'*opération césarienne* fut pratiquée chez 36 femmes ; il y eut 11 guérisons et par conséquent une mortalité de 69 %. Quant aux enfants, 19 furent sauvés (11 filles et 1 garçon ; le sexe ne fut pas spécifié dans les 7 autres observations). Trois de ces enfants succombèrent au bout de 8 jours, 4 semaines et 4 mois. Ajoutons enfin qu'au mémoire de Henning se trouve annexée une planche représentant les bassins déformés par ostéomalacie qui correspondent aux observations citées plus haut.

L.-E. DUPUY.

The etiology and indications for treatment of irregular uterine action during labour (Etiologie et indications thérapeutiques de l'irrégularité des contractions utérines pendant le travail), par William LUSK. (*New-York medic. journ., juin* 1873.)

La partie de ce travail relative à l'étiologie ne contient aucune opinion qui soit réellement nouvelle. Ce qui lui donne un cachet d'originalité, c'est le point de vue sous lequel l'auteur envisage les états du col utérin que l'on désigne sous les noms de contracture et de rigidité. D'après lui, la contracture et la rigidité limitées au col n'existent pas, et en admettant même leur existence elles ne pourraient opposer un obstacle sérieux à la contraction utérine si celle-ci était régulière; le mal vient de ce qu'elle ne l'est pas. Outre qu'il répugne à l'esprit d'admettre entre les fibres du col et celles du corps un antagonisme que l'anatomie ne justifie pas, l'auteur dit avoir remarqué que dans les cas de cette nature l'état de spasme et de rigidité s'étend à la totalité de l'organe. Au lieu de se contracter franchement, ou l'utérus procède par une série de contractions d'énergie insuffisante, ou il est contracturé. Dans les deux cas, c'est moins à agir sur le col qu' à régulariser l'action du système nerveux que doivent tendre les efforts. Aussi rejette-t-il l'emploi des moyens perturbateurs et déprimants comme l'émétique ou la saignée, et des médicaments destinés, comme la belladone, à amener le relâchement des fibres du col. Sans condamner les moyens mécaniques de dilatation, il pense que dans les cas où l'irrégularité de la contraction utérine ne dépend pas de sa disten-

sion exagérée par un excès de liquide, c'est aux opiacés administrés par la bouche ou en injections hypodermiques qu'on devra recourir de préférence. Dans ces conditions, l'opium accélère le travail en régularisant l'action du système nerveux. Si à l'irrégularité se joint un certain degré d'inertie, on se trouvera bien de l'emploi du seigle ergoté à très-petites doses et de l'expression utérine. Suivant l'auteur, le seigle employé de cette manière pourrait rendre plus de services qu'on ne le croit généralement. H. DANLOS.

Documents pour servir à l'histoire des grossesses triples, par le Dr Albert PUECH. *(Gazette de Joulin, 1873.)*

Dans cette étude consciencieuse et complète de la grossesse triple, l'auteur fait preuve d'une connaissance approfondie de la littérature médicale étrangère.

Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée exacte de ce mémoire que d'en résumer les conclusions les plus importantes :

En France, on observe en moyenne, chaque année, 125 accouchements triples ; ce qui fait environ 1 cas sur 8,256 accouchements. Du reste les grossesses triples augmentent en général de fréquence suivant la fécondité des races ; mais, pour nous servir de l'expression même de l'auteur, il s'agit dans ce cas particulier d'une « marque exagérée de fécondité, » vu l'excès de mortalité des enfants et l'aggravation des suites de couches. Or, les causes véritables amenant ces grossesses étant inconnues, il est malheureusement impossible de les prévenir. On les observe 8 fois plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

L'accouchement se fait d'habitude du 7e au 8e mois ; la mort d'un des jumeaux n'entraîne pas fatalement celle des autres, alors même que le placenta est unique; l'expulsion des morts peut se faire en ce moment-là ou au terme naturel avec le ou les survivants.

La période préparatoire du travail est en général très-longue et très-difficile et les présentations du fœtus sont plus souvent anormales que dans les couches doubles. Sur 180 enfants, la présentation du siége a été relevée 50 fois, celle de l'épaule 24 fois et celle de la face 1 fois.

L'arrière-faix est tantôt unique (27 fois), tantôt double (15 fois), tantôt triple (8 fois) ; au point de vue de la délivrance, l'auteur croit nécessaire d'observer les deux recommandations suivantes : 1° vu la fréquence des anastomoses, placer deux ligatures sur chacun des cordons ; 2° ne pas tirer sur le cordon après la sortie de chaque enfant, étant donnée la disposition anatomique placentaire.

Lorsque le placenta est commun, il y aura avantage à employer l'expression utérine. — Afin de prévenir l'hémorrhagie, il sera prudent d'administrer le seigle ergoté immédiatement après l'expulsion du dernier fœtus.

Non-seulement les morts-nés s'observent dans une proportion de 31 0/0, mais encore la mortalité des jumeaux est très-grande pendant la première enfance. Quant aux complications du côté de la mère, il faut craindre surtout l'hémorrhagie et la métro-péritonite, qui ont amené la mort 3 fois sur 60 accouchées. L.-E. DUPUY.

On the comparative advantages of forceps, of turning and of premature labour in contracted pelvis (Parallèle entre les avantages du forceps, de la version et de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin), par Angus MACDONALD. (*Edinburgh med. journ., sept.* 1873, *p.* 214.)

L'idée de ce mémoire a été suggérée à l'auteur par l'histoire de deux femmes qui, présentant des rétrécissements du bassin différents, sont devenues à plusieurs reprises enceintes, et chaque fois n'ont pu être délivrées qu'au moyen d'une intervention chirurgicale. Seulement, tandis que chez la première le forceps était peu praticable, la version réussissait assez bien; chez la seconde, au contraire, la version échouait toujours, et l'accouchement se terminait heureusement à l'aide du forceps. C'est pour mieux spécifier les indications et contre-indications de ces divers modes opératoires, que l'auteur envisage successivement les différents côtés de la question.

Relativement à la déformation du bassin en elle-même, il y a lieu de distinguer les cas où les diamètres transverses du pelvis sont normaux, et où le rétrécissement porte exclusivement sur le diamètre antéro-postérieur (sacro-pubien). Dans ce cas, l'occiput trouve assez de place pour se loger sur les parties latérales du bassin, circonstance favorable pour la version, tandis que l'application du forceps est très-gênée dans les mêmes conditions.

Au contraire, lorsque le bassin est uniformément rétréci dans tous ses diamètres, soit régulièrement, soit irrégulièrement, la version devient presque toujours impraticable, et par contre le forceps trouve alors son indication.

Une augmentation du volume très-légère de la tête fœtale suffit souvent à constituer un obstacle infranchissable à l'accouchement. La malade qui fait l'objet de la première observation du mémoire n'avait jamais pu mettre au monde un garçon, tandis que plusieurs filles étaient nées vivantes.

Faut-il donc recourir dans ces cas à l'accouchement prématuré? Cette question a été résolue par la statistique en Allemagne. Spiegelberg, sur un nombre considérable d'accouchements (1,224), se prononce catégoriquement contre toute intervention de ce genre ; au lieu de la mortalité ordinaire dans les rétrécissement pelviens, 6 p. 0/0 pour les mères et 28 p. 0/0 pour les enfants, elle donnerait le chiffre énorme de 15 p. 0/0 pour les mères et 60 p. 0/0 pour les enfants.

Sans être aussi pessimiste, Litzmann arrive, pour les nouveau-nés, à un résultat aussi mauvais que celui de Spiegelberg, puisque la mortalité dans la première semaine atteint 55 p. 0/0, celle des mères étant de 14 p. 0/0. Toutefois, il conclut en faveur de l'accouchement provoqué dans l'intérêt de la mère, lorsque le rétrécissement n'est pas excessif.

En résumé :

L'accouchement prématuré ne doit presque jamais être tenté dans le cas de rétrécissement pelvien.

La version ne présente aucune supériorité sur le forceps dans le cas de bassin rétréci, oblique ovalaire, et elle est incontestablement plus dan-

gereuse pour l'enfant. C'est également un procédé impraticable lorsque le rétrécissement porte à la fois sur tous les diamètres du bassin.

Dans presque tous les bassins rétrécis, il est plus prudent de laisser la gestation arriver régulièrement à son terme, et d'attendre la marche naturelle du travail, bien entendu, jusqu'au moment où une plus longue expectative pourrait devenir préjudiciable à la mère. Puis alors, s'il y a assez de place pour introduire le forceps, il faut l'employer et terminer l'accouchement par ce moyen : sinon, pratiquer la céphalotripsie, la crâniotomie ou l'opération césarienne. H. R.

Unvollständig geheilter Kaiserschnitt als Todes-ursache bei einer nachfolgenden Entbindung (Opération césarienne incomplétement guérie causant la mort après un nouvel accouchement), par le prof. Arthur WILLIGH, d'Ollmütz. (*Vierteljahrschrift f. d. prakt. Heillkunde de Prague, vol. CXVIII, p.* 86.)

Il s'agit d'une femme qui aurait subi l'opération césarienne par suite d'un rétrécissement rachitique du bassin. Elle mourut trois ans plus tard des suites d'une nouvelle couche, quelques heures après l'accouchement.

L'auteur, se réservant de publier ailleurs les particularités de la grossesse et de l'accouchemeut, donne simplement les résultats de l'autopsie. — Les parois abdominales très-amincies et distendues dans leur portion sous-ombilicale, qui portaient les traces de l'opération subie précédemment, étaient, dans cette région, intimement adhérentes avec le fond de l'utérus par l'intermédiaire du grand épiploon. Un foyer purulent et contenant du gaz existait à l'intérieur de ces adhérences. L'utérus était dans une antéflexion très-considérable. Sur sa paroi antérieure existait une ouverture longitudinale, médiane, longue de 6 1/2 centim., donnant directement accès dans la cavité utérine. Les lèvres de cette plaie, épaisses de 1 1/2 centim, étaient couvertes de granulations rosées, les angles calleux et grisâtres; tout autour de l'ouverture et, par places, dans une certaine étendue de la surface interne des lèvres de la plaie, existaient des traces d'adhérences épiploïques.

Il ne s'agissait évidemment pas d'une rupture toute récente de l'utérus; il semble, d'autre part, peu probable à l'auteur que la plaie utérine ait persisté trois ans dans cet état. Il pense que les adhérences péritonéales s'étaient insinuées entre les lèvres de cette plaie et en avaient ainsi retardé la cicatrisation; les angles auraient continué à rester fistuleux. Le développement, pendant la grossesse, de l'utérus arrêté dans son mouvement d'ascension par les adhérences du fond de l'organe aurait porté surtout sur la paroi antérieure, et amené la rupture ou la séparation des deux lèvres de la plaie ancienne. Puis, pendant le travail, la rupture de quelques adhérences aurait amené la formation du foyer purulent et par extension de la péritonite qui enleva la malade.

Willigh rapproche de ce cas une observation de Rokitansky (*Anat. path.* vol. III, p. 469), où, sept ans après une rupture de l'utérus dans un accouchement, le même accident amena la mort de la malade dans les mêmes circonstances. EXCHAQUET.

I. Beitrag zur Casuistik des Kaiserschnittes (Contribution à l'étude de l'opération césarienne), par KOB, de Stolp. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fasc.* 2, *Berlin*, 1873.)

II. Sectio cæsarea bei osteomalacischem Becken mit glücklichem Ausgange für

Mutter und Kind ; Anwendung der Uterusnaht (Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie du bassin ; issue heureuse pour la mère et pour l'enfant ; emploi de la suture utérine), par GURTLER. (*Archiv f. Gynækologie, t. V, fasc. 3, Berlin,* 1873.)

I. — L'auteur donne la relation détaillée d'une opération césarienne pratiquée chez une multipare, âgée de 40 ans, et atteinte d'une tumeur kystique colloïde, remplissant l'excavation à tel point qu'il était difficile d'introduire l'extrémité des doigts entre elle et la symphise des pubis. Une ponction, faite à l'aide d'un trocart par le vagin, fut impuissante à amener la déplétion du kyste et il fallut recourir à l'hystérotomie. Celle-ci ne présenta rien de particulier, si ce n'est une hémorrhagie de la paroi utérine. Une injection d'eau glacée, qui détermina de fortes contractions de la matrice, n'arrêta point cette perte sanguine ; celle-ci ne cessa que lorsque l'on eut pratiqué la suture de la plaie utérine. La paroi abdominale fut également suturée.

Cette malade succomba 3 jours après l'opération ; quant à l'enfant, il fut sauvé.

Il est intéressant de noter que l'hystérotomie fut pratiquée pendant la période des douleurs prémonitoires ; Thill fit remarquer que lorsque des tumeurs de l'excavation ne se laissaient point repousser en haut, il était important d'attendre l'effet des vraies douleurs, qui suffisent parfois à amener dans la position de ces tumeurs des changements tels que l'opération césarienne ou la crâniotomie ne peuvent être évitées.

II. — On avait invoqué jusqu'à ces derniers temps, contre l'emploi de la suture de la matrice dans l'hystérotomie, le danger de laisser les fils dans la cavité péritonéale. La pratique de certains ovariotomistes et les recherches de Spiegelberg et Waldeyer ont démontré plus récemment que l'on pouvait au contraire abandonner dans l'abdomen de petits corps étrangers, tels que des ligatures ou de petites portions de tissus nécrobiosés sans amener de graves accidents.

Le fait suivant confirme cette dernière manière de voir : Chez une jeune fille de 25 ans, ayant accouché 6 ans auparavant, mais ayant été atteinte consécutivement d'ostéomalacie, on dut pratiquer l'opération césarienne. (Le diamètre conjugué vrai mesurait 48 millimètres ; l'enfant se présentait en deuxième position du sommet.) Il se produisit, après la suture de la paroi utérine, une hémorrhagie qui ne céda point à l'emploi de la glace ; lorsque l'on eut appliqué trois points de suture pour réunir la plaie utérine, l'écoulement sanguin s'arrêta complétement. — Au bout de 16 jours, la malade se levait, et 3 jours après elle quittait définitivement l'hôpital.

L.-E. DUPUY.

Mémoire sur l'anesthésie obstétricale, par le Dr James CAMPBELL.
(*Journal de thérap., nos 3 et 4.*)

Le Dr Campbell a administré 542 fois les anesthésiques, éther ou chloroforme. Voici quelle est la conduite de ce praticien distingué :

Dans les accouchements qui permettent l'emploi du chloroforme, ne le

donner jamais pendant la première période du travail, excepté dans les cas où, dès le début, éclatent des contractions violentes, rapides, très-douloureuses. Il faut réserver l'anesthésie pour la période où la dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait ou à peu près complète, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente commence à s'y engager et tend à le franchir pour pénétrer plus profondément dans le canal utéro-vulvaire. On diminue chaque douleur expulsive par de petites doses de chloroforme que l'on interrompt chaque fois que cesse l'effort ; « et à mesure que l'enfant descend, on arrive graduellement à une anesthésie un peu plus profonde pour le moment où les efforts auront à vaincre le second et le dernier obstacle constitué par l'anneau vulvaire et le plancher périnéal. »

Dans les cas observés par l'auteur, la durée de l'administration de l'anesthésique a été très-variable : de 10 minutes pour 36 cas, de 20 minutes pour 47, de 30 pour 63, de 1 heure pour 91, de 2 h. 30 pour 17, de 3 heures pour 19, de 5 heures pour 9, et exceptionnellement de 7, 8, 10 et 12 heures pour 4 cas. Dans ces derniers exemples, il y a toujours eu des intermittences dans l'administration du chloroforme, calculées sur les intermittences égales des contractions utérines.

Dans tous ces cas, le Dr Campbell n'a eu à déplorer aucun acciden mortel attribuable aux anesthésiques, éther ou chloroforme. Les enfants n'ont jamais ressenti l'influence anesthésique.

Dans les cas où l'on peut entrevoir des difficultés liées à une présentation anormale ou à tout autre complication pouvant exister du côté de la mère ou de l'enfant, le mieux est de s'abstenir de donner le chloroforme au cours même du travail, avec cette réserve qu'on pourra y avoir recours vers la fin de l'accouchement.

L'auteur se sert d'un simple mouchoir sur lequel il fait tomber, au commencement, quelques gouttes de chloroforme pur; il condamne avec raison, tout appareil inhalateur; il retire le chloroforme dans l'intervalle de deux douleurs pour permettre à la femme de respirer l'air libre; le décubitus doit être dorsal et non latéral comme le veulent les Anglaises et les Américaines; on donnera toujours le chloroforme à petites doses afin de maintenir la patiente dans une demi-insensibilité, et *jamais* dans une anesthésie complète.

Ce fait, d'une constante innocuité de l'anesthésie chloroformique dans des milliers d'accouchements, fait admettre à Campbell une certaine tolérance chloroformique de la femme en travail.

HENRI HUCHARD.

On chloral as an anesthetic during labour Du chloral comme anesthésique pendant l'accouchement), par W.-S. PLAYFAIR. *The Lancet,* 21 *février* 1874, *I, p.* 263.)

Le chloroforme, qui rend de grands services pendant l'accouchement pour diminuer les douleurs, a, d'après W. S. Playfair, l'inconvénient de diminuer aussi l'énergie des contractions, et si l'emploi en est prolongé,

de prédisposer aux hémorrhagies qui suivent la délivrance. Aussi l'administration de cet agent exige-t-elle de grandes précautions.

Le chloral est exempt de ces inconvénients. Il ne paraît pas diminuer l'énergie des contractions et agit néanmoins d'une manière très-marquée sur le phénomène douleur. En outre, il peut être administré avant la complète dilatation du col, ce qui n'est pas possible lorsqu'il s'agit du chloroforme. Il est particulièrement utile chez les femmes des classes élevées de la société, chez lesquelles les douleurs qui précèdent la dilatation du col et la rupture des membranes sont très-vives et inefficaces, de telle sorte qu'en se prolongeant elles amènent l'épuisement des forces. Le chloral agit encore favorablement dans les cas de rigidité du col. Dans les cas très-nombreux où il a administré le chloral, depuis 2 ans, Playfair n'a eu qu'à se louer de ses effets, et n'a jamais vu qu'il eût des inconvénients. Il prescrit une solution de 6 grammes de chloral dans une potion de 170 grammes. Lorsque les douleurs deviennent vives, il fait prendre un peu moins de 30 grammes de la potion, puis 20 minutes plus tard la même quantité. Rarement il est nécessaire de donner une troisième dose. Jamais l'auteur n'a eu besoin d'administrer plus de 4 grammes de chloral pour toute la durée du travail. On peut d'ailleurs, si les douleurs sont très-fortes, faire respirer un peu de chloroforme, mais il suffit alors d'en donner une petite quantité qui n'expose pas aux inconvénients signalés plus haut. E. DELENS.

Thermométrie appliquée au diagnostic de la vie ou de la mort du fœtus dans l'utérus, par Dina VIANI. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna, nov. et déc.* 1873.)

Partant de ce fait que la température du fœtus est plus élevée que celle de la mère, Cohnstein croit que le fœtus communique pendant la vie une partie de sa chaleur à l'utérus. S'il vient à mourir, c'est l'utérus qui lui cède sa chaleur. Ainsi donc, si la chaleur de l'utérus est égale ou inférieure à celle de l'aisselle, on peut avoir la certitude de la mort du fœtus.

Le professeur Belluzzi de Bologne s'est proposé de constater l'exactitude de ces idées et a fait faire des recherches par l'élève sage-femme Dina Viani. De ces observations, il résulte qne la doctrine de Cohnstein n'est pas infaillible et qu'elle ne peut être acceptée comme certaine.

MARCANO.

Des hémorrhagies spontanées du nombril, par PUECH. (*Gazette de Joulin, février* 1874.)

A côté des hémorrhagies du nombril dues à la ligature défectueuse ou à la chute prématurée du cordon, il convient de placer les hémorrhagies dites spontanées ou consécutives, attribuées à une altération du sang du nouveau-né.

Ces hémorrhagies, excessivement rares en France, le seraient beaucoup moins en Amérique — témoin le mémoire de Grandidier.

Puech rapporte un cas (qui lui est propre), où un nouveau-né, présentant une teinte ictérique de la face, les taches rouges bleuâtres caractéristiques du purpura, et en outre de l'entérorrhagie, eut une hémorrhagie du nombril imputable évidemment à une altération profonde du sang.

Mais, d'après cet auteur, il convient de rapprocher de cette forme d'hémorrhagies celles qui surviennent chez des enfants parfaitement sains et qui sont dues à une altération morbide des vaisseaux ombilicaux. Le cas de Zober (*Monats. f. Geburtsh,* t. XXVI, p. 337) doit être rangé dans cette catégorie.

Dans la première forme, il est logique d'éviter toute piqûre pouvant provoquer une hémorrhagie et Puech insiste sur la faute commise par un accoucheur allemand qui, ayant sectionné le filet en pareil cas, provoqua une hémorrhagie mortelle. L.-E. DUPUY.

MALADIES DES ENFANTS

ANALYSES.

Die Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen (Du sclérème des nouveau-nés), par le Dr A. CLEMENTOWSKY. (*Œsterr. Jahrb. für Pædiatrik, I. Band,* 1873, *I, p.* 1-48.)

L'auteur distingue trois variétés principales de sclérème qu'il étudie séparément : 1° le sclérème érysipélaleux (*Rosenartiges sclerem*); 2° le sclérème œdémateux; 3° le sclérème adipeux (*Fettsclerem*).

La première variété (*sclérème érysipélateux*) présente manifestement le caractère inflammatoire chez le nouveau-né. Le Dr Clementowsky prétend avoir eu plusieurs fois l'occasion de l'observer, quoique les cas publiés jusqu'ici dans la science soient encore très-rares [*Plu de Grand Lucé* (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, n° 77)].

Le *sclérème œdémateux* constitue la forme la plus fréquente chez les nouveau-nés. L'auteur s'étend longuement sur l'anatomie pathologique de cette affection. Point n'est besoin, selon lui, d'invoquer en pareil cas l'hypothèse d'une inflammation ou d'un œdème lymphatique, mais cet état morbide résulterait, d'après les recherches de A. Schmidt (Ueber der Faserstoff und die Ursachen

seiner Gerinnung. — *Archiv. für Anat. und Physiol.*, 1861), de la coagulation des substances fibrinogènes.

Deux théories sont en présence : Les uns considèrent l'œdème comme un résultat de l'inflammation, tandis que pour les autres l'œdème est le phénomène initial. L'auteur semble adopter l'existence de ces deux formes morbides, et rapporte en détail une observation de sclérème œdémateux inflammatoire.

Ces deux variétés auraient leur raison d'être au point de vue clinique : dans le cas où le sclérème est réellement d'origine inflammatoire, l'infiltration œdémateuse n'obéit pas exactement aux lois de la pesanteur, et la température des parties atteintes n'est pas aussi basse que dans les cas de sclérème purement œdémateux.

La pathogénie de cette dernière forme morbide est encore obscure. On a invoqué tour à tour les obstacles circulatoires, un état dyscrasique du sang, des oblitérations capillaires. M. Bouchut n'a pu parvenir à démontrer l'imperméabilité des voies circulatoires cutanées. Henning a cru trouver la raison du trouble circulatoire dans une paralysie des vaisseaux cutanés, en d'autres termes dans une paralysie vaso-motrice : mais à cette explication hypothétique on peut opposer le fait que l'œdème ne se montre pas seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi dans les mailles conjonctives des organes internes, en particulier dans la pie-mère, et partant il faudrait supposer l'existence d'un état parétique de tous les nerfs vaso-moteurs, inconciliable avec la vie.

La théorie émise par Rigal (*De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies cardiaques. — Thèse de Paris*, 1866), serait peut être plus acceptable.

L'œdème alors serait dû à l'affaiblissement des capillaires, soit seul, soit combiné avec un état parétique du muscle cardiaque.

Mais laissons là ces théories pathogénétiques, dont la seule énumération suffirait déjà à obscurcir le sujet, et passons aux faits observés ou réunis par le Dr Clementowsky :

Les enfants venus avant terme sont principalement exposés à cette affection. Sur 275, l'auteur a trouvé chez 182 une induration sclérémateuse des mollets, et, sur ce nombre relativement considérable, 152 succombèrent au sclérème généralisé, tandis que 30 seulement guérirent.

L'indication thérapeutique primordiale consiste à fortifier les contractions cardiaques. Parmi les remèdes internes, c'est donc aux médicaments excitants qu'il convient de donner la préférence, et, de tous les moyens externes, la chaleur est celui qui semble le mieux répondre à ce but. L'auteur dit qu'à l'hôpital des Enfants-trouvés, à Moscou, on emploie, à cet effet, des berceaux métalliques à doubles parois dont le fond est rempli d'eau chaude. Ce moyen nous semble très-utile toutes les fois qu'il s'agit de sclérème œdé-

mateux. Une observation rapportée par Clementoswky vient à l'appui de notre manière de voir.

Le massage des parties œdématiées et sclérémateuses a paru aussi donner quelques bons résultats, mais l'auteur préfère de beaucoup à ce moyen l'emploi topique de la chaleur.

Le *sclérème adipeux* constitue la troisième variété. L'auteur regarde cette dernière forme comme une complication ou plutôt comme une phase terminale de deux états morbides : la diarrhée et la pneumonie. Les observations cliniques ne peuvent cependant pas autoriser à considérer cette variété de sclérème comme un phénomène purement organique dû à la coagulation de la graisse, produite elle-même par l'abaissement thermique, *ante mortem*. (Billard, Valleix, Rilliet et Barthez, etc.)

Qnant au sclérème des muscles, ou plutôt du tissu cellulaire inter-musculaire, dont quelques auteurs ont voulu faire une forme spéciale, sous le nom de sclérème spasmodique, l'auteur en rejette à bon droit l'existence ; mais il est deux lacunes que nous ne pouvons passer sous silence et qui déparent l'important travail du Dr Clémentowsky : en premier lieu, l'auteur signale à peine, et cela sans lui attribuer l'importance qu'il mérite, l'abaissement constant et considérable de la température dans cette maladie, et, d'autre part, il semble ignorer l'existence d'une forme spéciale de sclérème, principalement étudiée chez l'adulte, sous le nom de sclérodermie, et qui, d'après les recherches les plus récentes, pourrait être considérée comme une modalité de la trophonévrose, ou en d'autres termes comme un trouble trophique sous la dépendance du système nerveux.

LABADIE LAGRAVE.

Bemerkungen über Gehirntuberkeln bei Kindern (Remarques sur les tubercules du cerveau chez les enfants), par le Dr L. FLEISCHMANN. (*Œsterr. Jahrb. für Pædiatrik, p.* 105-157, 1873.)

L'auteur a réuni dans ce consciencieux travail vingt-six observations de tubercules de l'encéphale. Sur ce nombre, vingt-un cas avaient été déjà rapportés dans le *Jahrb. für Kinderheilk* (1870).

Etiologie. — Les tubercules cérébraux sont très-rares chez l'adulte, comparativement à leur fréquence chez les enfants.

Sexe. — Sur les 62 cas publiés par les auteurs, il y avait 44 garçons.

Age. — Les tubercules de l'encéphale sont très-rares au delà de 20 ans. D'après Rilliet et Barthez, leur maximum de fréquence serait entre 3 et 5 ans ; selon Fleischmann, entre 3 et 7 ans. Sur les 26 cas rapportés par ce dernier, 7 se rapportent à des enfants au-dessous de 2 ans ; le plus jeune avait onze mois.

Sauf les causes prédisposantes, l'étiologie de cette affection nous est à peu près inconnue.

Symptomatologie. — De toutes les tumeurs de l'encéphale, les tubercules présentent les symptômes les plus nets, parce que ces néoplasmes sont plus circonscrits que les autres et ont une évolution plus lente.

Quelquefois, cependant, ils peuvent passer inaperçus et ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme.

Après ces remarques préliminaires, l'auteur passe en revue les principaux symptômes des tubercules de l'encéphale : la céphalalgie, les vertiges, les troubles psychiques, les désordres de la motilité (convulsions, contractures, paralysies, etc.), de la sensibilité et des organes des sens, les troubles vaso-moteurs, les modifications de la température, du pouls et de la respiration, etc., et il fait suivre cette étude séméiologique de la description des symptômes spéciaux d'après le siége occupé par la tumeur.

A) *Tumeurs des pédoncules cérébraux.* — Les rapports anatomiques de ces parties permettent d'induire qu'une lésion unilatérale de ces pédoncules doit produire :

1° Une paralysie des muscles du tronc du côté opposé ;

2° Une paralysie incomplète du nerf facial (en particulier du releveur du nez et de la lèvre supérieure) du côté opposé ;

3° La dilatation des artères du corps du côté opposé à la paralysie, avec élévation thermique du côté paralysé ;

4° Afanasieff, dans des expériences sur les animaux, a constaté un rétrécissement des artères des deux côtés avec abaissement thermique ;

5° La paralysie des muscles de la langue ;

6° La paralysie du moteur oculaire commun du côté de la lésion cérébrale ;

7° Une diminution de la sensibilité du côté paralysé (D'après Schiff, il y aurait une hyperesthesie du côté opposé).

8° Enfin, chez les animaux, on a observé des mouvements de manége. L'auteur fait remarquer qu'il existe, en général, une certaine concordance entre les observations pathologiques et les résultats expérimentaux.

Le nombre des cas ayant trait aux lésions des pédoncules cérébraux s'élève à 23 observations réparties de la façon suivante : Duchek 6, Ladame 7, Fleischmann 4, Andral 3, Pilz 1, Rosenthal 1, Macabiau 1.

B) *Tumeurs du cervelet.* — Il résulte des expériences physiologiques les plus récentes que le cervelet préside à la coordination des mouvements volontaires, et qu'une lésion partielle de cet organe produit des troubles de la motilité, des crampes statiques, des mouvements de recul ou de propulsion, une titubation spéciale

dans la marche. L'ablation totale du cervelet entraîne chez les animaux la perte complète de la coordination motrice.

L'auteur indique comme signes pathognomoniques des tumeurs cérébelleuses les phénomènes suivants : céphalalgie, hémiplégie et paraplégie, troubles des sens et de la parole, affaiblissement de l'intelligence.

Mais il ne donne ces derniers phénomènes que comme des accidents fortuits dus à la compression des pédoncules cérébraux, du pont de Varole et des tubercules quadrijumeaux.

On sait que le Dr Galezowski attribue l'amaurose, si fréquente en pareil cas, à la propagation de l'inflammation aux tubercules quadrijumeaux, amenant elle-même l'atrophie des nerfs optiques.

Les vomissements seraient dus, selon M. Hillairet, à une lésion concomitante des nerfs vagues.

Quant au strabisme, il est convergent, à l'encontre de ce qui a lieu dans les autres tumeurs cérébrales.

En comparant les symptômes sus-mentionnés avec les phénomènes notés dans les observations qu'il a réunies, le Dr Fleischmann constate qu'il a, en effet, trouvé une fois une paraplégie indépendante de toute lésion cérébrale proprement dite, mais il y avait eu en même temps, dans ce cas, un tubercule dans la moelle épinière. Dans un deuxième cas il trouva, à l'autopsie, une dégénérescence tuberculeuse de tout le vermis. Ladame a rapporté un fait analogue.

Trois fois l'auteur a constaté l'existence de convulsions du côté correspondant au siége du tubercule dans le cervelet. — Une fois il note l'hémiplégie croisée. — Dans une autre observation, relative à la dégénérescence tuberculeuse du vermis, il y avait à la fois du priapisme et des troubles sensoriels (amaurose, hyperacousie).

Les altérations de l'odorat et du goût sont beaucoup plus rarement observées dans les tumeurs du cervelet (Récamier 1 cas).

Le strabisme, que Ladame a toujours trouvé convergent, s'est montré trois fois, et dans un cas il était divergent.

C) *Tubercules du corps strié et des couches optiques.* — Les animaux soumis à des expériences physiologiques supportent impunément la destruction du corps strié, mais il n'en est pas de même quand on vient à blesser leurs couches optiques ; en général, aussitôt après l'opération, ils tombent du côté opposé à la lésion, comme après la section des pédoncules cérébraux.

En général, on peut admettre que la lésion de ces organes donne lieu aux phénomènes suivants : convulsions, hémiplégie du côté opposé, troubles de la vue. Les grosses tumeurs provoquent en outre d'autres accidents dus à la compression des parties voisines (hémisphères, tubercules quadrijumeaux, etc.).

Dans les 5 cas observés par le Dr Fleischmann, il note quatre

fois des convulsions au début (une fois, elles se montraient du même côté que la tumeur).

Quatre fois des troubles de la sensibilité : céphalalgie (une fois du même côté que la lésion).

Deux fois des paralysies : dans un cas, hémiplégie croisée au début, se transformant plus tard en paraplégie (mais il y avait, en même temps qu'un tubercule dans la couche optique, d'autres tubercules dans la protubérance et dans les deux hémisphères du cervelet.

Quatre fois des troubles sensoriels : dans un cas, paralysie partielle du moteur oculaire commun du côté opposé.

Dans un cas où les couches optiques étaient seules le siége d'un tubercule, il y avait de l'aphasie.

Les vomissements se trouvent notés trois fois, mais toujours à titre de complications.

Pilz a noté dans un cas de tubercules de la couche optique : de la parésie du nerf facial et moteur oculaire commun du même côté ; et dans un autre cas de tubercule dans le corps strié gauche : des convulsions croisées, des troubles de la parole et de l'intelligence, enfin de la dysphagie.

En résumé, les signes pathognomoniques des tumeurs de ces organes seraient les suivants :

Convulsions du côté opposé, paralysie du nerf oculo-moteur commun, céphalalgie, intégrité de la sensibilité cutanée, troubles de l'intelligence et de la parole, absence de troubles sensoriels.

D) *Lésions des tubercules quadrijumeaux.* — Les symptômes cliniques observés jusqu'ici ne correspondent nullement aux données physiologiques que nous possédons sur ces organes.

On sait, en effet, qu'une lésion des tubercules quadrijumeaux produit :

1° Une paralysie du sphincter irien du côté opposé ;

2° Une paralysie partielle de l'oculo-moteur, également du côté opposé, et portant sur le muscle droit interne (partant, strabisme divergent) sur les muscles droit supérieur et releveur de la paupière ;

3° Une amaurose (dans les lésions des tubercules quadrijumeaux antérieurs).

Or, dans les 4 cas réunis par Fleischmann, les phénomènes cliniques offrent quelques divergences :

Dans les cas de Steffen et d'Henoch, il n'y avait pas de troubles visuels ; dans celui de Fleischmann, les tubercules antérieur et postérieur du côté gauche étaient détruits, et l'amaurose aussi bien que la paralysie de l'oculo-moteur siégeaient du même côté que la lésion.

Dans le cas de Pilz, l'amaurose faisait défaut.

Enfin, dans ces deux dernières observations se trouvent consi-

gnés d'autres phénomènes qu'il est impossible de rattacher à la lésion des tubercules quadrijumeaux.

En somme, il résulte de cet examen comparatif, que la pathologie de ces organes est encore pleine d'obscurité et d'incertitudes.

E) *Lésions des hémisphères cérébraux.* — Les tumeurs de la connexité des hémisphères donnent lieu, en général, aux symptômes suivants :

1° Céphalalgie intense, ne correspondant pas toujours avec le siége de la tumeur ;

2° Convulsions, le plus souvent épileptiformes ;

3° Troubles intellectuels, caractérisés ordinairement chez les enfants par la stupeur et par la somnolence ;

4° Paralysies croisées ;

5° Plus rarement, troubles visuels (amblyopie et amaurose), crampes statiques (Friedreich), strabisme dans la dernière période de la maladie (Ladame).

Voici les inductions qui permettent, d'après Griesinger, d'admettre un abcès ou un foyer de ramollissement plutôt qu'un tubercule :

1° Si l'affection a succédé à un traumatisme ;

2° Lorsqu'elle a été précédée d'écoulements purulents (otorrhée, carie du rocher, etc.) ;

3° Quand la paralysie et la contracture prédominent ;

4° Si la céphalalgie est peu intense et s'il n'y a pas cécité absolue (Durand-Fardel) ;

5° Hémiplégie subite non précédée de céphalalgie ou de paralysies limitées ;

6° Troubles de l'intelligence et de la parole ;

7° Absence de phénomènes de compression ;

8° Marche particulière des abcès de l'encéphale caractérisée par des périodes d'acuité au début, suivie d'une longue phase pendant laquelle la maladie reste pour ainsi dire latente.

Dans les 7 cas de tubercules du cerveau observés par l'auteur, il note :

3 fois de la céphalalgie, sans en préciser le siége ;

2 fois des convulsions épileptiformes ;

2 fois des paralysies (1 hémiplégie du côté opposé avec contracture simultanée, 1 paraplégie) ;

3 fois de la mydriase par paralysie du sphincter irien ;

5 fois des troubles intellectuels (sopor, perte de connaissance, du sommeil, interrompus par des cris aigus et des grincements de dents).

L'auteur termine son mémoire par quelques considérations sur le diagnostic des cysticerques du cerveau chez les enfants, dont il rapporte deux observations personnelles dans un article additionnel intitulé : *Appendice.* Cet appendice renferme en outre un certain

nombre de faits cliniques intéressants, que nous ne pouvons qu'indiquer ici (observation de tubercule du cervelet chez une petite fille âgée de 9 ans, — de tubercules disséminés dans les couches optiques, la protubérance, le cerveau et le cervelet chez un garçon de 3 ans 1/2, un cas d'apoplexie cérébrale et deux cas d'encéphalite suppurée des hémisphères).

Enfin, l'auteur a résumé sous forme de tableaux synoptiques les divers cas de tubercules de l'encéphale qu'il a observés, et qui servent de base à ce long et consciencieux travail.

F. LABADIE-LAGRAVE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Zur Ætiologie des Pemphigus neo-natorum (Sur l'Étiologie du pemphigus des nouveau-nés), par le Dr G. KOCH, de Wiesbaden. (*Jahrb. für Kinderheilk., VI Jahrg., 4 Heft, p.* 412, 10 *oct.* 1873.)

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer sept cas de pemphigus chez des nouveau-nés, dans l'espace de trois mois, fut frappé de la fréquence insolite de cette affection, et en rechercha la cause. Or, tous ces petits malades provenaient de la clientèle d'une seule et même sage-femme, et, chose plus singulière, il n'existait pas d'autres cas dans la ville. — Autre particularité : cinq de ces enfants étaient nés en présentation du siége. — Deux autres pouvaient être atteints de syphilis congénitale, mais le fait n'était pas absolument démontré. Ces prémisses étant posées, le Dr Koch arrive aux conclusions suivantes : Il est probable, dit-il, que la sage-femme avait transmis la maladie d'un enfant à l'autre, et cette contagion indirecte et médicale semble d'autant plus admissible que la présentation vicieuse des enfants rendait son intervention manuelle nécessaire, et partant, le contact plus prolongé. En terminant, l'auteur ajoute qu'il vient d'observer un huitième cas de pemphigus chez un nouveau-né. — Or ce dernier enfant vient encore de chez la même sage-femme — Cette dernière confirmation ajoute une certaine valeur à l'observation étiologique faite par le Dr Koch. F. L. L.

Clinical observations on pneumonia (Recherches cliniques sur la pneumonie des enfants), par W. STEPHENSON. (*Edinburgh medic. journ., janv.* 1874, *p.* 612.)

Le diagnostic de la pneumonie chez les enfants est souvent difficile : les signes physiques restent longtemps obscurs ou mal caractérisés, l'affection siége fréquemment au sommet du poumon, où le souffle n'ap-

paraît pas tout d'abord. Ceci est surtout vrai pour la pneumonie catarrhale secondaire ou bronchopneumonie. L'auteur n'envisage ici que la pneumonie franche, et il pose en principe que la marche de la température fixe toujours le diagnostic. Celle-ci se caractérise par une ascension thermique brusque, un plateau qui dure à peu près 5 jours, puis une légère détente, terminée brusquement par une défervescence prononcée (crisis). En même temps que s'élève, dès le début, la température, apparaît un signe qui dans l'espèce a beaucoup de valeur : c'est du délire et de l'agitation pendant la nuit et des convulsions chez les très-jeunes enfants. Cette marche n'est pas celle des fièvres éruptives commençantes ni de la fièvre typhoïde.

Huit observations détaillées, avec tracés thermiques, viennent à l'appui des propositions précédentes. H. R.

Ueber mikroskopische Organismen in den Sputis keuchhustenkranken Kinder und über die Wirkung der Chinininhalationen in dieser Krankheit (Des organismes microscopiques que contiennent les crachats dans la coqueluche et de l'action des inhalations de quinine dans cette maladie), par HENKE. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, XIIe vol.*)

L'auteur a trouvé constamment dans les crachats des enfants atteints de coqueluche certains éléments que l'on ne rencontre jamais dans les cas de bronchite simple Ce sont des cellules rondes mesurant de 0,01 à 0,02 millim. ; elles renferment un ou plusieurs noyaux, ceux-ci occupent toujours la partie périphérique de l'élément ; ils paraissent contenus dans sa paroi ; les cellules renferment en outre une grande quantité de petits corpuscules animés de mouvements rapides, qui cessent immédiatement dès que l'on traite la préparation par la solution de quinine.

Conduit ainsi à penser que ces cellules, spéciales aux crachats de la coqueluche, pouvaient être la cause même de la maladie, l'auteur fit faire à un certain nombre d'enfants atteints de cette affection des inhalations avec la solution de quinine ; il n'eut qu'à se louer de cette pratique, qui parut diminuer le nombre des accès et abréger la durée de la maladie.

Il pense que si la coqueluche n'est pas immédiatement enrayée par son traitement, cela tient uniquement à ce que les crachats sont très-visqueux, et par suite ne se mélangent que très-imparfaitement à la solution de quinine (?). HALLOPEAU.

Ueber die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener (Des changements de poids observés chez les nouveau-nés à terme), par le Dr Theodor KÉZMARSZKY. (*Archiv für Gynækologie, t. V, fascicule 3, Berlin,* 1873.)

L'auteur, en entreprenant de nombreuses pesées d'enfants nouveau-nés, a eu pour but de confirmer d'une part les résultats de Haak (*Mon. f. Geb.*, tome XIX), de Winckel (Ibid.) et de Gregory (*Archiv für Gynäkologie*, tome II), et d'y ajouter en outre certains faits nouveaux et non

étudiés jusqu'à ce jour. Ainsi, il ne s'est pas contenté de faire des pesées journalières, matin et soir; un certain nombre d'enfants ont été pesés d'heure en heure dans les premiers temps qui suivirent la naissance. Voici les principaux résultats de ses investigations:

1° Tous les enfants diminuent de poids dans les premiers jours qui suivent la naissance.

2° Cette perte de poids se manifeste déjà dans les premières heures consécutives à l'accouchement ; lorsque l'enfant est fortement alimenté et que l'intestin et la vessie tardent à se vider, on n'observe pas de perte de poids, ou même il se produit exceptionnellement une légère augmentation qui ne se prolonge guère au delà de six heures après la naissance.

3° L'augmentation de poids devient généralement sensible du 2e au 3e jour.

4° La diminution de poids suit une marche plus rapide que l'augmentation ; aussi, la compensation n'est-elle encore qu'à moitié établie le 7e jour après la naissance.

5° Il n'existe aucun rapport entre le commencement de l'augmentation de poids et la chute de cordon.

6° Les garçons commencent à augmenter de poids plus tôt que les filles, aussi un grand nombre d'entre eux ont un poids plus considérable que celles-ci.

7° Les enfants des multipares présentent enfin des conditions d'accroissement plus satisfaisantes que ceux des primipares.

Ces conclusions sont appuyées par un nombre de pesées très-respectable ; cependant il est regrettable, pour la clarté de ce mémoire, que l'auteur n'ait point eu recours à la méthode des tracés graphiques, au lieu de se borner à l'aride énumération des chiffres. L.-E. DUPUY.

Du système des pesées dans les maladies chez les enfants, par THAON. (*Soc. biol.*, 11 *mai* 1872, *et Gaz. méd., Paris,* 27 *déc.* 1873.)

M. Thaon a étudié chez les enfants de 2 à 15 ans les modifications que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la variole impriment au poids des malades.

1° *Fièvre typhoïde.* — Dans les deux premiers jours de la fièvre typhoïde, au moment où les organes et la peau se congestionnent, on voit le poids des malades augmenter au lieu de diminuer; de même, dans les cas de reversion, alors que la fièvre, déjà plus modérée, subit une nouvelle exacerbation, on voit le poids augmenter (cette augmentation de poids a été de 300 à 400 gr dans deux cas).

Dès le 3e ou 4e jour, sous l'influence de la spoliation par la diarrhée et les autres sécrétions, et par la réparation insuffisante, un abaissement considérable de poids (500 gr et 1,600 gr) succède à cette augmentation passagère. Une fois la période d'état bien établie, le poids reste stationnaire pendant un temps variable.

Enfin, au moment de la défervescence, alors que le thermomètre met jusqu'à 8 jours pour descendre de 40° à 37°, le poids s'abaisse, au contraire, rapidement, même lorsque la diarrhée a disparu et que les sujets se nour-

rissent copieusement. D'autres fois, la diminution de poids est encore plus rapide; elle a été de 2k400 en 4 jours; enfin dans les formes désignées sous le nom de typhus abortif, alors que la courbe de la température tombe tout à coup, les malades peuvent perdre jusqu'au 20e de leur poids en un jour. Cette diminution de poids n'a jamais cessé le jour même de la défervescence, elle est ordinairement survenue 24 ou 48 heures après, de sorte que si l'on voulait prendre pour point de départ de la convalescence le jour où la diminution de poids vient à cesser, la convalescence se trouverait nécessairement retardée.

2° *Pneumonie.* — Dans la pneumonie fibrineuse, le poids s'abaisse pendant toute la durée de la maladie. Au moment de la défervescence, la descente du poids est plus rapide, et elle se prolonge aussi longtemps qu'il persiste des signes notables d'induration pulmonaire. Ce fait est en rapport avec les caractères de l'urine qui charrie encore des matériaux de désassimilation, longtemps après la chute de la température, après que le foyer est éteint. — Dans la pneumonie catarrhale, la courbe du poids est des plus capricieuses.

3° *Variole.* — La ligne descendante jusqu'au 6e jour de la maladie s'élève rapidement le 7e jour, atteint son maximum vers le 12e, pour redescendre alors brusquement, en même temps que les vésicules se dessèchent, et qu'il se montre de la diarrhée, accident trop fréquent dans les varioles graves.

HENRI HUCHARD.

Observations diverses.

Congenitale Stenose der Canus Arter. pulmon (Rétrécissement congénita de l'artère pulmonaire), par le Dr Aloïs VALENTA. (*Œsterr. Jahrb. für Pædiatrik Jahrg.* 1872, *II. Bd.*, *p.* 153-165, *Vienne*, 1873.)

Le cas rapporté par A. Valenta dans ce travail confirme l'opinion de Rokitansky, à savoir que la cyanose a toujours pour cause non pas le mélange des deux sangs artériel et veineux, mais un obstacle à l'entrée du sang veineux au cœur, en d'autres termes une pléthore du système veineux et partant des capillaires.

Observation. — Antoine K... présenta une cyanose complète au moment de sa naissance. La teinte bleuâtre de la peau ne disparut pas les jours suivants; l'enfant prospéra rapidement, mais la cyanose devint plus intense et augmentait avec les efforts. A l'âge de 2 ans, l'enfant commença à marcher, mais c'est à peine s'il pouvait faire quelques pas. Il restait couché dans le décubitus latéral, sa démarche était vacillante, son regard morne et froid, ses veines jugulaires dilatées, son thorax manifestement rachitique; l'extrémité des doigts semblait gonflée, les ongles étaient violâtres, les pieds constamment glacés, l'appétit faible, la constipation opiniâtre, l'intelligence développée, le caractère irritable. A l'âge de 3 ans, il eut un accès de dyspnée. En 1865, il fut atteint de la rougeole; l'année suivante d'une fièvre typhoïde. Le docteur Valenta porta le diagnostic suivant : Vice de conformation au cœur. — Dilatation des cavités droites. — Insuffisance tricuspide avec persistance du trou de Botal.

Le 18 avril 1872, l'enfant fut pris tout à coup d'un accès d'éclampsie précédé de céphalalgie violente, et suivi de vomissements. Bientôt son pouls tombe de 146 à 40 pulsations et devient intermittent et filiforme. Dix jours avant la mort, nouvel accès éclamptique très-intense, insomnie persistante. L'enfant revint à lui pendant quelques instants, puis tomba dans un sommeil léthargique dont il ne devait plus se réveiller.

Autopsie. — Collection purulente sous l'écaille du temporal, contenan 384 grammes de pus.

Péricarde rempli de sérosité jaunâtre, cœur agrandi, dilatation et hypertrophie du ventricule droit, valvules et orifices normaux, trou de Botal oblitéré, sténose de l'*ostium arteriosum*.

D'après les résultats fournis par l'examen microscopique, le diagnostic porté pendant la vie avait donc été erroné. Quelle que soit l'interprétation que l'on puisse donner des phénomènes observés dans ce cas, ils n'en constituent pas moins un fait intéressant et rare, qui méritait à ce double point de vue d'être signalé. F. LABADIE LAGRAVE.

Passage of a large number of pins, etc., per anum (Épingles rendues par l'anus), par James-L. FITE. (*Nashville journal of medicine and surgery, et The Boston med. journ, oct.*)

Une petite fille de 3 mois rendit par l'anus, dans l'espace de quelques jours, un certain nombre de corps étrangers que l'on supposa lui avoir été donnés par sa bonne.

C'est ainsi que l'on put recueillir successivement : le 25 février, 5 épingles non altérées; le 26 février, 13 épingles et 2 aiguilles, puis un petit bouton d'agate ; le 3 mars, 9 épingles légèrement corrodées, et enfin le 6 mars une épingle encore plus altérée.

Le tout se passa sans le moindre accident, sans apparence de douleur.

A. S.

Medullarcarcinom der rechten Niere und der Lungen (Cancer médullaire du rein droit et des poumons), par le Dr NÜSCHELER, société des jeunes médecins de Zürich, séance du 1er mars 1873. (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, 1873., n° 24, 15 *déc.*)

Jeune fille de 7 ans. Début par un amaigrissement rapide, des troubles digestifs et un mouvement fébrile, tumeur de la grosseur du poing, s'étendant du côté droit de l'abdomen, entre le rebord des fausses côtes et l'os iliaque. Disparition progressive des troubles gastriques et de la fièvre ; rétablissement assez complet pour que la petite malade puisse retourner à l'école. Mais au bout de 6 semaines elle est prise des symptômes d'un catarrhe bronchique très-aigu, et l'on constate une infiltration du poumon gauche. La fièvre s'établit en permanence, la toux est incessante mais sans expectoration, il y a de la dyspnée puis de véritables accès d'orthopnée, enfin la mort survient après 4 mois de maladie. Le diagnostic était resté incertain : on pensait à une tuberculose pulmonaire et à un fibro-sarcome abdominal.

A l'autopsie, nombreuses nodosités molles, en choux-fleurs, dans les deux poumons. Rien dans les ganglions bronchiques ni dans les viscères à l'exception du rein gauche (*sic*) dont le volume était triplé et le tissu complétement transformé en cancer médullaire.

A propos de cette observation le professeur Biermer fait remarquer qu'il n'existe de dyspnée dans le cancer des poumons qu'autant que le tissu morbide a envahi les vaisseaux et amené des coagulations secondaires dans leur intérieur. J. B.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

ANALYSES.

Traité des maladies de la peau, par HEBRA. t. II. — 1er fascicule ; traduit et annoté par le Dr DOYON. (1 *vol. in*-8°, *G. Masson, Paris*, 1874.)

Les matières traitées dans ce volume sont : les anomalies du pigment, les kératoses, les affections des poils, des ongles, la sclérodermie, l'éléphantiasis des Arabes, le framboesia, les atrophies. Plusieurs de ces chapitres sont dus aux élèves d'Hebra.

Cet ouvrage donne des détails sur l'histologie pathologique de la peau, détails d'autant plus intéressants qu'ils manquent dans les ouvrages français.

Sur un certain nombre de points, l'auteur s'éloigne de ce que nous regardons, en France, comme des vérités démontrées. Ainsi l'alopécie areata (pelade) ne serait pas une maladie parasitaire, mais le résultat d'une lésion de l'influx nerveux qui se traduit par un trouble de nutrition (trophonévrose) dans la formation et la reproduction des cheveux. L'auteur croit pouvoir démontrer cliniquement la réalité de l'affection nerveuse ; il pense que l'alopécie areata peut se montrer dans une famille par le fait d'une disposition héréditaire, et qu'elle n'est pas contagieuse.

(Cette hérédité, ou pour mieux dire cette transmission à plusieurs membres d'une même famille se conçoit assez bien, si les malades sont traités comme atteints de névrose, au lieu d'être traités par les parasiticides.)

L'hypertrophie des ongles peut être produite par l'eczéma chronique, le psoriasis, le pityriasis, le lichen exsudativus ruber, etc. L'auteur rejette ainsi les différentes affections décrites par M. Bazin, psoriasis, eczéma des ongles, etc., et réunit ces différentes affections sous le nom d'hypertrophies. Les lésions de l'éléphantiasis des Grecs sont étudiées avec soin. L'altération la plus frap-

pante est celle des lymphatiques, qui présentent des dilatations énormes. L'auteur fait ressortir les liens qui unissent cette affection à l'érysipèle et à l'œdème chronique.

A propos du frambæsia, Hebra parle du mycosis fongoïde d'Alibert. Il est à regretter qu'il n'ait point parlé des recherches de M. Bazin et du travail de Gillot sur cette question. Du reste, un certain nombre d'affections sont confondues sous le nom de frambæsias, et en particulier ces végétations qui surviennent sur certains eczémas rebelles.

Le Dr Doyon, traducteur de l'ouvrage, a ajouté un grand nombre de notes intéressantes, qui font particulièrement ressortir en quoi les opinions du dermatologiste allemand diffèrent des idées généralement admises en France. DEBOVE.

Le Psoriasis buccal, par M. DEBOVE. (*Thèse inaug., Paris*, 1873.)

Le psoriasis buccal, bien connu des médecins qui fréquentent l'hôpital Saint-Louis, et décrit sommairement pour la première fois en 1868 par M. Bazin, donne cependant lieu à de continuelles erreurs de diagnostic. Il n'en existait jusqu'à présent, en effet, aucune description détaillée. Cette description fait l'objet de la thèse inaugurale de M. Debove.

Le psoriasis buccal est une affection chronique de la bouche siégeant le plus souvent à la face dorsale de la langue, à la face interne des joues et des lèvres, caractérisée par un aspect blanchâtre et mamelonné de la muqueuse, qui est souvent fendillée et paraît indurée. Les noms *de pityriasis*, qui donne l'idée de squames très-minces et fines, pas plus que celui *d'ichthyose*, qui se rapporte à une difformité de la peau, ne sauraient lui convenir.

Le psoriasis buccal est une affection très-fréquente.

Depuis qu'en 1837 Samuel Plumbe eut décrit, sous le nom d'ichthyose linguale, une affection qui probablement n'était autre que le psoriasis buccal, jusqu'en 1868, époque à laquelle M. Bazin le décrivit d'une manière sommaire, on savait peu de chose au sujet de cette affection. Buzenet la considérait comme une brûlure chronique (plaque des fumeurs), Négligan l'avait vue se terminer par un cancroïde. Dernièrement (1871), M. Saison considéra les plaques des fumeurs et le psoriasis buccal comme deux affections différentes.

Insignifiante à son début, la lésion produite sur la langue par le psoriasis donne peu à peu naissance à des plaques opalines, transparentes; la couche épidermique, peu épaisse, laisse voir par transparence la muqueuse linguale; cette couche épidermique s'épaissit peu à peu et devient opaque; les teintes qu'elle présente

varient ; quelquefois elle est d'un blanc brillant argenté, rappelant tout à fait par son éclat le psoriasis herpétique des coudes et des genoux ; généralement, la langue est d'un blanc moins brillant, semblable à celui des bourgeons charnus sur lesquels on a passé le crayon de nitrate d'argent. Si l'on examine sa surface à la loupe, on reconnaît que les papilles sont plus volumineuses. Souvent plusieurs d'entre elles sont confondues et englobées par une même masse épithéliale.

Le psoriasis buccal est ordinairement nummulaire. Les plaques, au nombre de deux, trois, ou plus, siégent à la face dorsale de la langue. La forme qu'elles acquièrent quand elles deviennent confluentes est ordinairement celle d'une plaque médiane s'étendant du V lingual à l'union du tiers antérieur de la langue avec le tiers moyen. Dans une autre forme, la face dorsale de la langue est entièrement couverte par l'affection qui s'étend d'un bord à l'autre et de la pointe à la racine. La face inférieure est ordinairement saine, rarement on y rencontre une ou deux petites plaques.

Les plaques psoriasiques sont dures au toucher. Cette augmentation de consistance tient à une néoformation de tissu fibreux dans la muqueuse et dans les parties sous-jacentes. Comme cette néoformation ne se fait pas partout également, il en résulte que la plaque donne parfois la sensation d'une table noueuse.

Quelquefois le psoriasis buccal, même intense et étendu, reste lisse. Le plus souvent, au contraire, il se forme des sillons ; les uns ne sont que l'exagération des sillons normaux, les autres sont de véritables ulcères linéaires, à fond étroit, profond et saignant. Ces derniers siégent ordinairement sur le grand sillon médian de la langue. De la principale fente ulcérée partent alors d'autres ulcères linéaires, qui se subdivisent eux-mêmes, et découpent en fin de compte la muqueuse linguale en un certain nombre de petits blocs carrés. Ces sillons ulcérés sont très-douloureux quand il s'y loge des parcelles alimentaires. Ils sont dus à ce que la langue est, dans le psoriasis buccal, recouverte d'une couche épaisse et solide d'épithélium corné. Celui-ci se brise à cause du nombre, de la fréquence et de l'étendue des mouvements de la langue dans l'acte de la parole ou de la mastication. Il en résulte des ulcères linéaires.

Il existe encore d'autres ulcères, dus à la desquamation des plaques psoriasiques. Ils ne sont plus en fente, mais arrondis, nummulaires.

La douleur est ordinairement peu vive, elle se réduit à une gêne qui s'exagère pendant le repas ; les mets épicés, les liqueurs, parfois le vin, ne peuvent être supportés. Parfois les aliments demi-liquides seuls peuvent être pris sans douleur. En même temps, la sensibilité spéciale de la langue s'émousse, *la dégustation* ne se fait plus avec autant de délicatesse ; la parole est gênée, la langue épaisse, la salivation exagérée, peut-être parce que la salive est

plus rarement et irrégulièrement déglutie. Il survient parfois des exacerbations : le mercure les produit régulièrement et l'iodure de potassium assez fréquemment.

Le psoriasis de la face interne des joues et de la face postérieure des lèvres existe seul ou avec un psoriasis de la langue ; c'est la variété décrite sous le nom de plaques des fumeurs. Cette affection siége le plus souvent aux lèvres et aux joues, parfois aussi à la voûte palatine. Elle ne produit ni douleur ni gène, et reste inaperçue du malade.

La marche du psoriasis buccal est essentiellement chronique. Il est incontestable qu'il peut guérir au bout de deux ou trois années de traitement (Bazin—Debove). Il paraît précéder assez fréquemment l'apparition *d'un cancroïde*.

Les lésions anatomiques constatées par l'auteur dans un cas de psoriasis buccal consistaient dans une sclérose considérable de la muqueuse, dans laquelle on trouvait un assez grand nombre de leucocytes infiltrés.

Les papilles sont devenues mamelonnées, uniformes, semblables à celles du derme cutané. Profondément, les couches musculaires superficielles paraissent atrophiées. Les deux faits anatomiques saillants qui résultent de cet examen sont : 1° l'épaississement de la couche épithéliale ; 2° la sclérose du chorion de la muqueuse.

L'âge adulte ou la vieillesse, le sexe masculin, l'existence antérieure d'une syphilis à manifestations buccales, sont les principales causes prédisposantes du psoriasis buccal. Mais la cause principale est l'abus du tabac à fumer. Le psoriasis buccal affecte surtout les fumeurs arthritiques ; il est d'ailleurs identique avec l'affection nommée *plaques des fumeurs*. Le traitement consiste dans le régime approprié, la suppression du tabac, et des pulvérisations quotidiennes avec une eau minérale alcaline. J. RENAUT.

TRAVAUX A CONSULTER.

Clinical observations upon certain skin diseases (Observations cliniques sur certaines maladies de la peau, IIe partie), par le Dr Dyce DUCKWORTH. (*St Bartholomew's Hospital Reports, vol. IX,* 1873, *p.* 100.)

Ce mémoire fait suite à un travail analogue publié dans le même recueil, volume VIII, p. 43, 1872, et consiste en une revue des faits les plus intéressants étudiés, l'année précédente, à l'hôpital Saint-Barthélemy (section des maladies cutanées). Plusieurs de ces faits se rapportent à des

sujets déjà mentionnés dans le premier article, de sorte que l'on peut, en consultant successivement les deux volumes, retrouver l'histoire entière d'affections chroniques dont la marche est digne d'une surveillance attentive et soutenue. L'auteur fait remarquer, non sans raison, les avantages d'une étude clinique ainsi prolongée : selon lui, bien des lésions aiguës de la peau n'offriraient pas autant d'obscurité si l'on avait des renseignements exacts sur les antécédents physiologiques et pathologiques du malade pendant dix années consécutives.

On trouve réunies, dans l'article de 1873, des observations plus ou moins détaillées dont voici les titres : syphilide tuberculeuse, acne rosacea, morphée (Kéloïde d'Addison), lichen ruber, lichen planus, xérodermie, ichthyose cornée, pemphigus diutinus, eczéma papilliforme, herpès de la région sacro-coccygienne survenu chez une petite fille soumise à la médication arsenicale, molluscum fibrosum, kéloïde consécutive à la cicatrisation d'une syphilide cutanée, teigne faveuse de l'épiderme, note sur un cas de teigne pelade non modifiée par un eczéma impétigineux général du cuir chevelu. Vient ensuite un paragraphe consacré au traitement de la teigne pelade par l'usage d'une forte solution ammoniacale qui doit être versée sur un morceau de flanelle et employée en frictions sur toute la surface du crâne; il paraît que cette pratique, renouvelée quotidiennement jusqu'au jour où elle a réveillé la sensibilité de la région, donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec la térébenthine; le seul avantage de celle-ci est d'être plus universellement applicable, l'ammoniaque produisant parfois une irritation trop vive et même la vésication.

Le dernier mot de l'auteur est relatif aux services que peut rendre le chloroforme dans le diagnostic de l'herpès tonsurant, du favus, et du pityriasis versicolor : si on laisse tomber, sur la région suspecte, quelques gouttes de ce liquide, on remarque, après l'évaporation, que certains cheveux ont pris une teinte particulière ; cette teinte, blanche ou jaune primevère dans l'herpès tonsurant, n'existe pas sur les cheveux sains et doit être attribuée, comme en témoigne l'examen microscopique, à la présence des parasites; elle varie d'intensité proportionnellement à l'abondance de ceux-ci. D'autre part, les points du cuir chevelu d'où émergent les poils infectés prennent, sous l'influence du même réactif, un aspect poudreux spécial ainsi qu'une coloration manifeste, blanche dans l'herpès tonsurant, blanchâtre dans le favus et le pityriasis versicolor. D'autres agents, essayés à la place du chloroforme, n'ont pas donné de semblables résultats.

P. GINGEOT.

Du mycosis fongoïde ou lymphadénie cutanée, par E. DEMANGE. (*Annales de Dermatologie*, 1873-74, *n*° 2, *p*. 121.)

Il n'existe que quatre observations complètes de mycosis fongoïde, en voici l'indication bibliographique : 1° Gillot, *thèse de doctorat*, Paris, 1868 ; 2° Landouzy, *Mémoires de la Société de biologie*, décembre 1871, p. 184; 3° Debove, *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1872; 4° Demange, observation très-complète dans le travail que nous analysons ici ; elle a été recueillie dans le service de M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis.

Les causes de l'affection sont inconnues. Le début est insidieux; des plaques congestives, des plaques lichénoïdes marquent souvent le premier stade de la maladie. Puis, surviennent les tumeurs fongoïdes : elles sont saillantes, paraissent se développer dans l'épaisseur de la peau, elles sont rouges, violacées, ce qui les a fait comparer à des tomates mûres. Elles s'accroissent rapidement, ne se pédiculisent jamais. Quand elles ont acquis un certain volume elles s'arrêtent dans leur développement, puis les unes diminuent et peuvent disparaître complétement, tandis que les autres, habituellement les plus grosses, se ramollissent et s'ulcèrent. Dans toutes les observations, on a pu constater cette rétrocession, au moins partielle, des tumeurs. Les ulcérations laissent écouler un pus sanieux et fétide. Dans l'observation de Demange, les os du crâne furent mis à nu en plusieurs points. Les ulcérations peuvent aussi se produire en dehors des tumeurs. Dans aucun cas, on n'a observé d'augmentation des globules blancs du sang ; l'urine n'a jamais renfermé ni sucre, ni albumine. — L'hypertrophie des ganglions peut faire défaut; quand elle existe, ils ne s'ulcèrent pas. — La mort est toujours survenue par les progrès de la cachexie.

Dans les quatre observations suivies d'autopsie précédemment citées, on a toujours constaté que les tumeurs étaient dues à une néoformation de tissu lymphatique, d'où la dénomination de lymphadénie cutanée proposée par M. Ranvier.

Nous serions injuste si nous ne rappelions pas à la fin de cet article que les travaux de Gillot et Demange nous donnent des renseignements précieux sur la nature du mycosis fongoïde, mais que la première description clinique est due à Bazin et à son élève Guérard.

DEBOVE.

Cases of Ringworm treated by oleate of mercury (Cas d'herpès circiné traités par l'oléate de mercure), par Léonard CANE. (*The Lancet*, 16 *août* 1873, *p.* 227.)

Une leçon publiée dans *The Lancet*, le 25 mai 1872, a fait connaître les idées de Marshall sur l'application de l'oléate de mercure au traitement de certaines maladies de la peau. Cane, à son tour, donne la relation de deux faits d'herpès circiné guéri par l'emploi de ce médicament. La manière d'opérer est simple : on étend sur de la charpie deux grammes au plus, souvent moins, d'une solution d'oléate au dixième, et on en frictionne doucement les parties malades. Il paraît qu'un très-petit nombre de frictions suffit à donner un bon résultat. Voici, du reste, les conclusions de l'auteur :

1° Appliqué avec soin, l'oléate de mercure détermine toujours la guérison ;

2° Il ne produit ni tache, ni altération quelconque de la peau, propriété importante quand le mal siége à la face ;

3° Contrairement aux parasiticides énergiques ordinairement employés, il n'occasionne aucune douleur locale, à moins d'une sensibilité exceptionnelle de la peau : dans ce dernier cas, il convient de prescrire une solution plus faible (au vingtième), et de faire l'application avec un pinceau de

poil de chameau ; toutefois cette pratique adoucie n'est permise que dans les cas légers ;

4° Il pénètre aisément dans les glandes sébacées, les follicules pileux, et les cheveux eux-mêmes, à cause de la dissolution du mercure dans un liquide huileux ; cette puissance de pénétration, bien supérieure à celle des solutés mercuriels aqueux ou alcooliques, peut être encore augmentée par l'addition d'un huitième d'éther. P. GINGEOT.

Die multiplen Scarificationen und deren wohlthätigen Einfluss bei gewissen Fällen von Lupus (Efficacité des scarifications multiples dans certains cas de lupus), par KLEINHANS, de Kreuznach ; 46e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 52, 29 *déc.*)

Le procédé de *Volkmann*, employé par l'auteur, consiste à pratiquer, dans la masse morbide, au moyen d'un bistouri à lame étroite, des centaines de petites incisions très-rapprochées les unes des autres et ayant une profondeur de 2 lignes.

Kleinhans y joint, en outre, toujours une cautérisation avec le chlorure de zinc.

Les scarifications sont surtout avantageuses dans le L. érythémateux et dans tous ceux qui ne sont pas ulcérés et qui sont accompagnés d'un gonflement considérable de tissus ou d'une abondante vascularisation. On répète les scarifications de 3-8 fois à des intervalles de 15 jours ; les parties malades se modifient rapidement et il se forme de très-belles cicatrices. J. B.

Beitrag zur Lehre von der furonculosen Entzündung (Sur l'inflammation furonculeuse), par Max KOCHMANN. (*Archiv für Dermatologie*, 1873, *p.* 325.)

Ce travail est une monographie du furoncle et de l'anthrax. L'auteur reprend tout l'historique de la question et décrit successivement les symptômes, la marche, etc., des affections qu'il décrit. Nous signalerons seulement les points suivants particulièrement développés : Le furoncle et l'anthrax ne donnent jamais lieu au diabète, mais peuvent survenir dans le cours d'un diabète latent. Ils surviennent dans l'urémie (remarquer que dans ce cas les glandes de la peau éliminent de l'urée comme elles éliminent du sucre dans le diabète), la pyémie, la goutte, le rhumatisme, les exanthèmes aigus, la pneumonie, le typhus, le scorbut, le purpura, le marasme sénile ; des causes purement locales peuvent aussi en provoquer l'apparition.

Le furoncle n'a jamais pour point de départ le tissu conjonctif sous-cutané, mais le plus souvent il se développe dans les glandes sudoripares et quelquefois dans les follicules pileux ; il en est de même de l'anthrax. Ces affirmations de l'auteur sont fondées, non sur des recherches ana-

tomo-pathologiques, mais sur une série de raisonnements que nous ne saurions rapporter ici. DEBOVE.

Ueber die Veranderungen des sympathischen Nervensystems bei constitutionneller syphilis (Sur les modifications du grand sympathique dans la syphilis constitutionnelle), par le Dr P. PETROW, de Saint-Pétersbourg. (*Arch. f. path. Anat. und Phys., LVII, livr.* 1.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur une douzaine de cas, et elles ont révélé deux sortes d'altérations : les premières se montrent dans les cellules nerveuses, les secondes occupent plus spécialement le tissu conjonctif.

1° *Modification du protoplasma des cellules nerveuses.*

Quand la syphilis n'était pas trop ancienne, les cellules présentaient au milieu de leur protoplasma, normal d'ailleurs, des granulations pigmentaires brunes, groupées ou régulièrement disséminées. Quand la maladie était plus avancée, le pigment remplissait toute la cellule et finissait par masquer complétement le noyau.

Selon l'auteur, le pigment proviendrait de l'hématine des globules rouges.

L'endothélium de la face interne des cellules ganglionnaires, d'ordinaire très-net, était le plus souvent proliféré, de telle sorte que les cellules nerveuses étaient entourées d'une couche simple de cellules polygonales pourvues de noyaux arrondis et marquées par des contours très-accusés.

Dans beaucoup de cellules nerveuses pigmentées, le protoplasma était transformé en matière colloïde.

2° *Altération du tissu conjonctif interstitiel.*

Le plus souvent l'auteur a rencontré une hyperplasie énorme du tissu conjonctif, au milieu duquel les fibres et les cellules nerveuses se trouvaient comme étranglées. Les cellules endothéliales qui entourent les tubes nerveux participaient ordinairement au processus morbide : elles étaient troublées, granuleuses, leurs contours étaient plus ou moins effacés, et les noyaux peu distincts. Sur les points où les transformations morbides étaient déjà anciennes, l'endothélium de la face interne de la capsule nerveuse était remplacé par une masse granuleuse soluble dans l'éther; les cellules nerveuses petites, ratatinées, irrégulières, anguleuses, chargées de pigment sur quelques points, étaient représentées seulement par des conglomérats de granulations pigmentaires.

Cet aspect figurait le dernier stade des modifications décrites plus haut. Les gaînes de fibres nerveuses étaient épaissies, leurs noyaux proliférés, la myéline finement granulée, fragmentée sur quelques points.

L'auteur résume ainsi ses recherches :

1° La syphilis constitutionnelle se manifeste dans le grand sympathique par des transformations des éléments nerveux et du tissu conjonctif interstitiel.

2° Les cellules nerveuses se pigmentent et subissent la transformation colloïde.

3° Il se développe dans le grand sympathique, comme dans les autres organes, des hyperplasies conjonctives qui atrophient les éléments nerveux.

4° L'endothélium qui entoure les cellules nerveuses prolifère et subit plus tard la régression graisseuse. KELSCH.

Abstract of a lecture on tertiary syphilis and syphilitic cachexia, delivered at St. Mary's hospital (Extrait d'une leçon faite à l'hôpital Sainte-Marie sur la syphilis tertiaire et la cachexie syphilitique), par S.-A. LANE. (*The Lancet*, 26 *juill.* 1873, *p.* 118.)

Quels accidents syphilitiques doivent être appelés secondaires? Lesquels méritent le nom de tertiaires? Double question que les praticiens ne résolvent pas toujours d'une manière uniforme. Quand faut-il administrer le mercure? A quel moment prescrire l'iodure de potassium? Les uns donnent indifféremment le premier ou le second de ces remèdes; certains les associent, d'autres les font prendre alternativement. Il serait désirable qu'on mît fin une bonne fois à toutes ces incertitudes, et le professeur a tâché de le faire en dressant, comme il suit, pour chaque degré du mal, une sorte de catalogue des manifestations morbides; le traitement de celles-ci dépend de la section où elles figurent.

1° Accidents secondaires.

A) Affections de la peau : *a*) érythémateuses (roséole) ; *b*) papuleuses (lichen); *c*) tuberculeuses (tubercules pouvant se desquamer, s'ulcérer, se recouvrir de croûtes) ; *d*) squameuses (psoriasis, lèpre) ; *e*) pustuleuses (ecthyma).

B) Affections des membranes muqueuses ou demi-muqueuses : *a*) ulcères blancs, superficiels, d'aspect aphtheux, siégeant sur les amygdales, le voile du palais et la gorge ; *b*) ulcères superficiels des côtés de la langue et des angles de la bouche ; *c*) tubercules muqueux ou condylomes des surfaces demi-muqueuses ; *d*) ulcères profondément excavés des tonsilles.

C) Iritis; douleurs musculaires, articulaires, osseuses; périostite; nodosités.

Traitement : mercure. Iode peu ou point utile.

2° Accidents tertiaires, cachexie syphilitique, suites de syphilis.

A) Inflammation de membranes fibreuses : *a*) périostite (aboutissant à des nodosités); *b*) carie et nécrose des os; *c*) phlogose des tisssus fibreux articulaires ; *d*) —des tissus fibreux du testicule (orchite) ; *e*) —des tissus fibreux du globe de l'œil (sclérotite).

B) Affections de la peau et des muqueuses : *a*) rupia, ulcères cachectiques de la peau ; *b*) ulcération rapide et gangréneuse du voile du palais, de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx, du rectum, du vagin, des grandes et petites lèvres.

C) Dépôts de lymphe fibro-plastique imparfaitement organisée : *a*) dans le tissu aréolaire (tubercules sous-cutanés ou sous-muqueux) ; *b*) dans

le tissu musculaire (surtout dans la langue, parfois dans les autres muscles; visibles, à l'autopsie, dans le foie, la rate, les reins, les poumons, et d'autres viscères).

D) Dépôts lardacés et cireux : trouvés quelquefois à l'autopsie d'individus adonnés à la débauche.

Traitement : iode et salsepareille. Mercure nuisible.

Des exceptions peu nombreuses, faciles à comprendre, et confirmant la règle, sont à noter; ainsi la périostite avec nodosités pourrait prendre place dans les deux sections : quand elle est accompagnée d'affections secondaires, le mercure doit être prescrit ; mais quand elle paraît tardivement et en compagnie d'affections tertiaires, c'est l'iode qui est indiqué. Les tubercules et l'ecthyma peuvent amener une ulcération destructive rapide, et décèlent alors l'arrivée de la cachexie syphilitique. De même l'iritis éclate parfois à la période tertiaire, grâce à l'extension d'une sclérotite. En de telles conjonctures, les symptômes coexistants révèlent à la fois l'état constitutionnel du malade et le traitement qu'il faut instituer.

Relativement à la vraie nature de la cachexie syphilitique, Lane propose une hypothèse fondée, par analogie, sur la fermentation qui survient quand une solution saccharine et du gluten sont en présence. La production du ferment cesse dès qu'il n'y a plus de gluten, et se réveille par addition de celui-ci; pareillement le virus de la vérole épuiserait, pendant les périodes primaire et secondaire, un ou plusieurs des principes constitutifs du sang, et la cachexie syphilitique ou syphilis tertiaire correspondrait à l'état de ce liquide ainsi détérioré. Peut-être le mercure s'emparerait-il de ces principes inconnus, détruisant ainsi les conditions nécessaires à la formation du virus, et justifiant au même degré ceux qui ont foi dans la thérapeutique mercurielle et ceux qui l'accusent d'aider le mal à provoquer la cachexie. L'hypothèse de Lane expliquerait également pourquoi les syphilitiques au troisième degré ne peuvent ni subir une deuxième inoculation du virus primitif, ni communiquer la maladie à des personnes bien portantes, et permettrait aussi de comprendre l'avantage que ces malades retirent d'une médication tonique et stimulante (quinquina, fer, iode, hygiène restauratrice) pendant que le mercure ne leur est d'aucun secours.

La leçon se termine par un exposé du traitement de la syphilis tertiaire. Les Français, au dire du professeur, ont souvent prescrit l'iodure de potassium à dose trop élevée; pour sa part, il ne dépasse guère un gramme quatre-vingts centigrammes dans les vingt-quatre heures, et se tient fréquemment au-dessous de ce chiffre. Les préparations d'opium lui paraissent utiles non-seulement à cause de leur action calmante, mais parce qu'elles ménagent indirectement les forces du sujet en modérant les sécrétions. Entre autres détails, signalons encore la confiance que Lane accorde à la salsepareille, plante, selon lui, trop peu estimée : l'iode mis à part, il ne connaît pas de médicament plus puissant contre la cachexie syphilitique.

P. GINGEOT.

Étude sur les chancres du col utérin, par le Dr Ch. SCHWARTZ. (*Thèse de Paris*, 1873, *A. Delahaye.*)

Avant le dernier ouvrage de M. Fournier sur la syphilis chez la femme aucun des rares travaux publiés sur les chancres utérins n'est entièrerement exempt des erreurs inhérentes à la doctrine uniciste; ce n'est que dans le livre du médecin de Lourcine et dans la thèse du Dr Schwartz, faite sous son inspiration, que cesse enfin la longue confusion entre les deux chancres du col, lesquels, seuls de tous les chancres des différents siéges, n'avaient pas encore profité de la doctrine dualiste.

Le travail du Dr Schwartz, repose sur l'analyse de 25 cas de chancres simples et de 19 cas de chancres syphilitiques du col. Ces observations mènent aux conclusions suivantes :

Les chancres du col, simples ou syphilitiques, siégent indifféremment au niveau de l'orifice ou en dehors de lui; les chancres centraux pénètrent dans l'orifice; l'inoculation a même prouvé que le chancre simple peut être tout entier intracervical. Les chancres simples sont plus souvent multiples, les syphilitiques uniques. Les premiers se distinguent par une teinte jaune plus ou moins franche et un fond inégal, les seconds par leur coloration grisâtre, leur teinte pâle, blafarde, leur aspect diphthéroïde dû à une sécrétion adhérente comme pseudomembraneuse. Leurs bords à tous deux sont très-nettement circonscrits par un liseré d'un rouge carmin, une sorte de collerette purpurine. Ces ulcérations ont une grande tendance à revêtir la forme papuleuse. Elles n'ont de caractères propres que pendant un temps très-court de leur évolution; elles se modifient brusquement pour se réparer vite (en trois semaines à peu près); elles deviennent alors franchement papuleuses, si elles ne l'étaient déjà. L'induration du chancre syphilitique n'est pas appréciable.

On le voit, les deux chancres ont plus de caractères communs sur le col que partout ailleurs. Aussi est-ce souvent moins l'aspect de la lésion utérine que l'examen de la région vulvaire qui fournit les éléments vraiment cliniques du diagnostic. S'il s'agit d'un chancre syphilitique, ou bien (dans un tiers des cas) on trouve des chancres vulvaires de même nature, ou bien la vulve est indemne. S'agit-il d'un chancre simple, on trouve presque invariablement des chancres simples à la vulve, notamment au niveau de la fourchette (chancres successifs). L'herpès vulvaire coïncide très-souvent avec les ulcérations chancreuses du col.

L'adénopathie inguinale est exceptionnelle dans les chancres syphilitiques du col (3 cas sur 10). L'auteur publie quatre observations de bubons inguinaux dépendant de chancres simples utérins; on n'a jamais observé de bubons pelviens. A. C.

On some sources of syphilitic infection (**Sur quelques sources d'infection syphilitique**), **par James Nevins HYDE.** (*The American Journal of med. sc., janvier* 1874.)

Un individu pouvant gagner la syphilis par la transmission d'accidents primitifs pourra aussi être contaminé et avoir un chancre avec toutes ses conséquences, par l'un des trois modes suivants :

1° Par le sang des règles d'une femme atteinte de syphilis constitutionnelle.

2° Par les sécrétions de l'utérus, lorsque cet organe est le siége de productions syphilitiques secondaires.

3° Par un écoulement blennorhagique provenant d'un sujet syphilitique. A. S.

Zur Ætiologie der Hæmatocele retrouterina (Étiologie de l'hématocèle rétro-utérine), par R. CHROLAK. (*Wiener medizinische Presse, Janvier* 1874.)

Après avoir passé en revue les principales causes de l'hématocèle rétro-utérine, l'auteur cite deux cas, observés par lui, où cette affection aurait été due à l'infection blennorrhagique.

Dans la première observation, la blennorrhagie se compliqua d'une inflammation des trompes et d'une périmétrite du côté gauche. L'auteur pense que l'hématocèle qui se produisit ensuite devait être attribuée non pas à l'obstruction de la trompe, mais au développement d'une péritonite hémorrhagique.

Le second cas est moins concluant, et il est assez difficile de démontrer comment la blennnorrhagie devint la cause initiale de l'hématocèle. La femme qui en fut atteinte ne présenta en effet aucun signe de périmétrite. Il semble probable qu'ici l'épanchement sanguin péritonéal devait être attribué à l'oblitération d'une des trompes.

L.-E. DUPUY.

Du traitement local de la blennorrhagie chronique et du rhumatisme blennorrhagique à l'aide de l'endoscope, par Chr. FENGER. (*Nordiskt medicinskt Arkiv, t. V, n°* 27, 1873.)

L'auteur a fait construire un endoscope plus simple et moins coûteux que celui de M. Désormeaux. Il se compose d'un tuyau d'argent poli intérieurement et dont le bout extérieur a la forme d'un entonnoir. La lumière est réfléchie à l'intérieur du tube à l'aide d'un miroir fixé au front de l'observateur par une courroie élastique.

D'après les recherches faites avec cet instrument, l'auteur a été conduit à distinguer dans la blennorrhagie chronique trois formes distinctes de maladies de l'urèthre :

1° L'inflammation superficielle de la muqueuse de la portion profonde du canal.

2° L'uréthrite locale parenchymateuse ou hyperplasique.

3° L'uréthrite granuleuse.

Pour les deux premières formes et les petites granulations, C. F. conseille les cautérisations au sulfate de cuivre; mais pour les grosses gra-

nulations et celles qui saignent facilement, il emploie les cautérisations au nitrate d'argent mitigé.

Relativement au rhumatisme blennorrhagique l'auteur professe une opinion bien particulière. Le rhumatisme reconnaîtrait le plus souvent pour cause une uréthrite locale chronique et il ne céderait à aucun traitement tant que la maladie de l'urèthre persisterait. Les douleurs rhumatismales ne disparaîtraient qu'après la cure des lésions locales.

Observations diverses.

Note on a case of blue chromidrose (Note sur un cas de chromidrose bleue), par Arthur WYNNE FORT. (*Irish hosp. Gaz.*, 1er *déc.* 1873.)

La personne qui fait le sujet de cette observation était une jeune femme brune, d'un tempérament nerveux et sujette à des accès de somnambulisme.

La dischromie se montra pendant six mois. Rien ne permettait de suspecter la bonne foi de la malade, qui se montrait fort effrayée de cet accident. L'apparition de la chromidrose fut précédée pendant une quinzaine de jours d'une céphalalgie très-pénible. Pendant la durée de la maladie, la coloration anormale disparut à plusieurs reprises et chaque fois le retour de la dyschromie s'annonça par des accès de céphalalgie.

La coloration se montra sur les tempes, le front, les parties latérales du nez, le dessous des yeux, le menton, et sur la face dorsale des mains.

Elle était d'un bleu pourpre, se prononçant davantage sous l'influence d'une émotion vive, d'une forte tension d'esprit et même quand la malade se sentait observée, ou quand elle baissait quelque temps la tête.

Sur la peau, à l'aide d'une forte loupe, on ne découvrait aucun dépôt de matière colorante. Pas de sécrétion sudorale exagérée. La matière colorante se dissolvait facilement dans l'eau et dans l'éther. Les linges avec lesquels on essuyait le front, l'oreiller sur lequel dormait la malade étaient colorés en bleu.

Pas de troubles de la sensibilité dans les parties malades. On a noté seulement un grand développement du système capillaire veineux.

Divers médicaments, bromure de potassium, arsenic, ont été sans résultat pris à l'intérieur. Les applications locales ont eu plus d'avantage.

Quand après avoir enlevé la couleur sur le front on en recouvrait une moitié avec une couche de collodion élastique, tant que l'enduit imperméable résistait, la chromidrose ne reparaissait pas sur les parties vernissées, mais le pigment semblait s'accumuler sur les parties voisines.

Guidé par l'opinion théorique que la dyschromie était due à une exsudation d'indican sur la surface de la peau et à son oxydation ultérieure (indigo bleu), l'auteur eut l'idée de combattre l'affection par des lotions réductrices. Il se servit dans ce but d'une forte solution d'hyposulfite de soude. Ce traitement eut un plein succès.

Pour contrôler, son idée M. Fort tenta de rechercher dans l'urine la présence de l'indican, mais il ne put y parvenir. DANLOS.

Erythème marginé ; rapport de cette affection avec le rhumatisme, par A. SEVESTRE, interne des hôp. (*Progr. méd.*, 1873, *p.* 347.)

Nous ne pouvons mieux faire que de donner ici le résumé fait par l'auteur lui-même de cette observation.

Une jeune fille de 21 ans, bien portante jusqu'alors, est prise, le 7 avril, de phénomènes généraux mal caractérisés ; le 10, apparaît une éruption d'érythème marginé ; le 13, surviennent des douleurs dans les articulations, et ces douleurs présentent tous les caractères des douleurs rhumatismales ; le 16, le cœur est affecté ; puis l'éruption disparaît, mais les douleurs persistent. Le 26, nouvelle éruption qui coïncide avec une diminution des accidents articulaires. Le 29, disparition de l'éruption, mais aggravation des douleurs. Enfin, à différentes reprises, retour de l'exanthème, puis diminution des douleurs dans les grandes jointures, mais envahissement des petites articulations des doigts.

La marche de la maladie, les rapports réciproques de l'éruption et des phénomènes articulaires qui, à certains moments, ont semblé alterner, rendent difficilement admissible toute interprétation qui tendrait à voir une simple coïncidence entre l'éruption et les phénomènes articulaires, ou mieux rhumatismaux. Aussi, l'auteur a-t-il raison de se croire en droit de poser cette conclusion : dans certains cas au moins, l'exanthème désigné sous les noms d'érythème marginé, érythème papuleux, etc., est en rapport évident avec la diathèse rhumatismale. J. C.

Constitutional syphilis (Syphilis constitutionnelle. — Méningite chronique généralisée. — Formation d'un noyau qui comprime l'artère cérébrale moyenne gauche, et produit l'ataxie avec l'embarras de la parole, d'abord par accès, puis d'une façon permanente. Pendant quelque temps faible paralysie de la face. Ramollissement siégeant auprès du corps strié), par le Dr RUSSELL. (*Medical Times and Gazette*, 25 *oct.* 1873, *p.* 464.)

Selon Hughlings-Jackson, la syphilis peut produire l'hémiplégie de trois façons différentes : d'abord la paralysie est consécutive à une convulsion, puis elle peut venir sans convulsions ni perte de l'intelligence par l'obstruction d'une artère syphilitique (la cérébrale moyenne dans le cas d'hémiplégie) ; enfin la paralysie peut venir graduellement quand un noyau s'est développé sur un centre moteur. C'est la seconde de ces possibilités qui existe dans le cas du Dr Russell.

Observation I. — Le malade a eu une syphilis constitutionnelle en 1837-38, à l'âge de 31 ans. Il fut traité par le mercure. Hémicranie en 1838, traitée par l'iodure de potassium ; en 1842 le mal revient avec plus de violence. A la fin de 1842, il a une confusion des idées et une paresse du côté gauche avec engourdissement dans la joue. En janvier de l'année suivante, en cinq jours de temps, il lui arrive trois fois de ne pouvoir trouver les mots ; alors il tombe dans un état de léthargie à peu près complète avec des convulsions que suit un coma profond. En juin il revient de la douleur avec troubles de l'intelligence et dyplopie. En septembre, douleur localisée à la région parié-

tale gauche, hémiplégie de tout le côté gauche avec contracture et engourdissement du bras. Puis la douleur se montre dans le pariétal droit; on la chasse en administrant du mercure. Pendant les trois années suivantes, il a eu cinq ou six fois par an les mêmes douleurs. Il garde le lit presque tous les jours. En 1847 il va mieux, et peut parvenir petit à petit à s'occuper. Depuis ce temps il n'a pas eu de symptômes cérébraux graves, mais il n'est capable que de faibles efforts intellectuels. Il a 68 ans et a souffert de son affection trente-cinq ans.

Observation II. — T. M., 37 ans. Pas d'antécédents de famille. Mœurs dissolues ; marié à 21 ans, il a eu un enfant qui présente des manifestations très-intéressantes de syphilis héréditaire. Il a dans la gorge une cicatrice étendue qui est le résultat d'une ulcération destructive, avec une perforation palatine. A l'âge de 32 ans, il a perdu ses dents et la mâchoire supérieure n'a plus qu'une canine. Il a eu une première attaque d'épilepsie deux ans avant l'entrée à l'hôpital et il resta alors plusieurs semaines sans pouvoir travailler. Cinq semaines avant son entrée, il ressentit un matin une douleur à l'occiput; dans l'après-midi il a une autre attaque et reste au lit toute la journée. Le lendemain la douleur occipitale revient, accompagnée de vertiges ; nouvelle douleur de chaque côté du front, douleur paroxystique. Dans la nuit, rêves effrayants. On administre de l'iodure de potassium, le sommeil revient avec la disparition de la douleur. En mars 1869, il a toute l'apparence d'une bonne santé. On l'examine à l'ophthalmoscope, et l'on trouve la pupille à droite indistincte, les vaisseaux peu apparents. Dans l'œil gauche à peu près mêmes phénomènes. D'août à septembre il se porte assez bien, mais à cette époque, quoique ses idées soient assez nettes, il est pris de vertiges. Dans les attaques qu'il a à ce moment, il ne perd pas connaissance, mais se montre très-violent; dans l'intervalle les idées sont claires. La douleur continue dans l'éminence frontale gauche. En décembre il perd la faculté d'articuler les mots.

Il trouve les mots mais ne peut les prononcer. Il dit que dans ses attaques tout le côté droit de la figure devient rouge et chaud. Une semaine après, il reste tout un jour sans parler, se plaignant de la tête et montrant du désordre dans ses actes. On le trouve (probablement après une attaque) avec le côté droit de la face tourné. On l'apporte à l'hôpital, où l'on constate un trouble de la parole comme de l'articulation des mots. Il prononce quelques mots, qu'il entremêle d'une sorte de jargon. Si on le fait lire, il dit quelques mots inintelligibles. Il dit bien « un couteau, » il nomme tour à tour une plume, une clef, mais si on lui montre un *shilling* il ne peut dire que ceci : « C'est de l'argent. » Il écrit son nom correctement, mais si on lui fait écrire une phrase, après l'avoir bien commencée il tombe dans des non-sens. Il a une tendance à un strabisme convergent de l'œil droit, son intelligence décroît, il garnit la chaudière de charbon et fait d'autres actes automatiques ; puis il tombe dans la résolution, n'ouvre plus les yeux; les paupières sont accolées par du mucus. Il a une attaque le 27 janvier, avec raideur du bras droit. Le 30, il meurt.

Autopsie. — Cerveau généralement adhérent à la dure-mère, dont on le sépare avec beaucoup de peine. Les adhérences sont surtout fortes dans les régions temporale et occipitale gauches, où la dure-mère est opaque et jaunâtre. Les adhérences s'étendent à la base. La dure-mère est épaissie surtout au niveau du torcular et dans toute la partie gauche. Le sinus longitudinal est ouvert, mais à la terminaison il est bouché par une portion de dure-mère. Dans la scissure de Sylvius gauche, on trouve l'artère cérébrale moyenne à son origine confondue avec la masse qui forme l'adhérence. Les parois sont épaissies. Une gomme jaune du volume d'une féverole siége dans la dure-mère et comprime l'artère. Semblables productions sur l'insular. Ces

masses sont formées de granulations entremêlées de nucléoles et de larges globules graisseux. L'artère cérébrale moyenne est obstruée par un bouchon fibrineux non adhérent. Les parois sont saines et on ne trouve qu'un peu de sang dans une petite branche. Toutes les autres artères sont complétement perméables. Une petite cavité de un demi-pouce existe à la partie antérieure du corps strié gauche. La surface de ce corps et la substance voisine sont ramollies. La surface du cerveau, surtout du côté gauche, était probablement ramollie, mais on n'a pas pu l'examiner, attendu qu'en détruisant les adhérences on a pu y introduire des lésions.

La moelle et ses membranes sont saines. Les autres organes n'ont rien et ne présentent rien de syphilitique. E. LANCEREAUX.

Note sur un cas d'arthrite blennorrhagique probable du larynx, lue à la Soc. méd des hôpitaux, par le Dr LIBERMANN. (*Un. méd.*, 1873, *p.* 971 *et* 997.)

Un soldat de 26 ans contracte une blennorrhagie; au bout de trois semaines suppression brusque de l'écoulement, douleurs dans quelques articulations, qui disparaissent au bout de quelques jours, tandis que le larynx devenait le siége de douleurs vives, avec aphonie. On constate alors de la douleur et du gonflement au côté gauche du larynx, et au laryngoscope, on voit une tuméfaction du cartilage aryténoïde gauche, un renflement globuleux au niveau de l'articulation ; à l'aide d'une sonde laryngienne, on perçoit assez nettement une sensation de fluctuation. La corde vocale de ce côté est rouge, immobile, étroite. Cette arthrite dura six semaines.

M. Libermann rapporte les divers diagnostics entre lesquels il hésita : chondrite de l'aryténoïde, rhumatisme de l'articulation, inflammation de la muqueuse. Comme les signes de la première de ces affections manquaient, que la muqueuse n'était certainement pas la seule partie du larynx malade, il fallait bien admettre une arthrite ; mais la coïncidence de l'apparition de cette maladie et de la disparition de la blennorrhagie est telle, que l'auteur n'aurait aucune hésitation à faire de cette arthrite localisée une mono-arthrite blennorrhagique, si ce fait n'était pas le premier dont il ait connaissance. La localisation de ce phénomène pathologique dans une articulation du larynx est évidemment tout à fait remarquable et insolite.

Dans une seconde note, l'auteur rapporte une observation de laryngite crico-aryténoïdienne, suivie d'autopsie, observée par M. Desbrousses.

J. C.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

ANALYSES.

De l'alcoolisme et des diverses formes de délire alcoolique, par le Dr MAGNAN.
(*In*-8°, *A. Delahaye*, 1874.)

L'ouvrage que vient de faire paraître M. Magnan est le résumé et aussi le complément des études qu'il poursuit depuis plusieurs années et qui ont déjà été publiées, soit sous forme de leçons orales, soit sous forme de mémoire. Le caractère général et la marche originale de ce travail, c'est la recherche de la localisation anatomique mise en regard du symptôme clinique. Cette méthode, qui sous l'impulsion de M. Charcot, a fait faire tant de progrès à la pathologie du système nerveux, a conduit également M. Magnan à séparer, beaucoup mieux qu'on ne l'avait vu faire avant lui, les diverses variétés d'alcoolisme et à en donner une description plus physiologique. C'est ainsi que, continuant les recherches déjà commencées par lui sur la paralysie générale, il fait voir la part qui doit être faite aux lésions de la moelle épinière dans les désordres observés chez les alcooliques, et qu'il essaie de montrer dans la marche des accidents chroniques chez ces malades, le travail de stéatose, ou au contraire de sclérose interstitielle qui s'accomplit au sein des centres nerveux.

L'ouvrage est divisé en deux parties : dans la première sont étudiés les accidents liés à l'alcoolisme aigu ; la seconde a trait à l'alcoolisme chronique.

L'étude expérimentale de l'ivresse chez les animaux, comparée à celle de l'homme, montre une série de phénomènes évoluant dans le même ordre : l'alcool produisant d'abord une excitation cérébrale et sensorielle, puis une dépression allant chez les animaux jusqu'à la paralysie, et portant de préférence sur le renflement lombaire de la moelle. Voilà pour l'intoxication alcoolique proprement dite. Vient-on, au contraire, à employer l'essence d'absinthe, d'autres accidents surviennent : ainsi l'animal éprouve d'abord des secousses musculaires, des convulsions partielles limitées à la région cervicale ; puis, la dose de poison augmentant, surviennent

des convulsions générales, de véritables accès épileptiformes. En même temps les troubles de l'intelligence, les illusions, les hallucinations sensorielles, qui ne se montrent jamais au début de l'empoisonnement par l'alcool, sont un des phénomènes précoces de l'absinthisme aigu (*R. S. M.*, t. I, p. 817).

Cette étude expérimentale permet à M. Magnan de séparer, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, les désordres des alcooliques proprement dits de ceux qu'éprouvent les buveurs d'absinthe. Ceux-là, indépendamment de l'ivresse comateuse, arrivent assez lentement à la période des hallucinations ; il se développe graduellement chez eux des idées délirantes, en général tristes, pénibles et mobiles, qui aboutissent, soit à la manie aiguë, soit à la mélancolie et à la stupidité. Ceux-ci, au contraire, ont des troubles précoces de la motilité, des secousses, des étourdissements, des vertiges, enfin de véritables attaques d'épilepsie, susceptibles de devenir subintrantes et d'amener la mort.

Le *délire aigu alcoolique*, dans ses différentes formes, constitue un chapitre important. Les caractères généraux de ce délire sont connus : ce qui l'est moins, ce sont les hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût, qui ne manquent presque jamais chez les malades. Au point de vue du pronostic, ces variétés de délire sont bien différentes, et l'on peut, avec M. Magnan, établir trois catégories de malades. Les uns, accidentellement intoxiqués, ont une convalescence rapide et complète, quelle qu'ait été l'intensité du délire. D'autres, accidentellement ou habituellement intoxiqués, ont une convalescence lente et des rechutes faciles ; ils passent graduellement à l'état d'alcoolisme chronique. Enfin, la troisième classe comprend les individus prédisposés par leurs antécédents héréditaires qui, malgré des accidents souvent subaigus, gardent des idées délirantes et arrivent à la démence ou à la paralysie générale.

Toutes ces formes de délire aigu se rapprochent par un caractère commun, l'apyrexie, ou tout au moins la faible élévation de température. Il n'en est plus de même du *delirium tremens vrai*, fébrile, qui s'accompagne d'un tremblement général et persistant, et qui très-rapidement amène la mort. Ces formes graves sont symptomatiques presque toujours d'une véritable méningite cérébro-spinale : on trouve tous les tissus imprégnés d'alcool et frappés de stéatose diffuse.

Les sudorifiques, les purgatifs et surtout les toniques conviennent spécialement, bien plus que les narcotiques, au delirium tremens fébrile.

L'*alcoolisme chronique* se caractérise par une double série de symptômes : les uns, d'origine spinale, se traduisent par des engourdissements, picotements, tremblement des membres, et les autres, d'origine cérébrale, portent surtout sur l'intelligence et la

parole. M. Magnan a cherché à dissocier ces symptômes et à montrer au milieu de ces désordres complexes, ceux qui annoncent la dégénérescence graisseuse des cellules cérébrales, ou bien au contraire la sclérose interstitielle diffuse de l'encéphale. En ces délicates questions, il est bien difficile de se prononcer, aussi l'auteur a-t-il soin de dire qu'il tient plutôt à poser le problème qu'à le résoudre. Toutefois, il ressort de ce chapitre que les alcooliques qui finissent par la démence présentent plutôt des altérations régressives, tandis que ceux qui arrivent à la paralysie générale offrent des lésions d'encéphalite et de sclérose diffuses, et de nombreux foyers lacunaires athéromateux ou hémorrhagiques.

Une forme particulière d'alcoolisme chronique, encore peu connue, et sur laquelle insiste M. Magnan, est la forme hémianesthésique (*R. S. M.*, t. III, p. 264).

Le dernier chapitre de cet intéressant travail a trait aux combinaisons diverses que peut affecter le délire alcoolique avec les autres troubles psychiques. C'est ainsi que sont esquissés tour à tour les rapports de l'alcoolisme avec la dipsomanie, la paralysie générale, le délire de persécution, l'épilepsie, l'imbécillité et la démence. Enfin quelques pages sont consacrées à l'étude du délire alcoolique envisagé comme complication, lorsqu'il se déclare dans le cours de maladies fébriles, de la pneumonie particulièrement.

H. RENDU.

On idiocy, especially in its physical aspects (De l'idiotie, envisagée surtout au point de vue de ses symptômes physiques), par le Dr W. IRELAND. (*Edinburgh medical journal, janv.* 1874, *p.* 593.)

L'étude de l'idiotie est certainement un des points les plus mal connus de la pathologie infantile. Jusqu'ici on s'est tenu à des notions plus ou moins vagues sur les causes prédisposantes de cette maladie : telles que faiblesse organique et vices diathésiques des parents, scrofule congénitale (encore l'auteur fait-il remarquer que nombre de scrofuleux sont fort intelligents), mariages consanguins, influences morales et sociales. Toutes ces causes sont sans doute utiles à connaître ; les dernières surtout paraissent exercer une réelle action sur le développement de l'idiotie ; mais il faut bien convenir qu'elles nous apprennent fort peu de chose sur la nature et le pronostic des affections diverses que l'on englobe sous le nom d'idiotie.

L'auteur a cherché à établir un peu d'ordre dans ce chaos, en séparant certains groupes fondés sur la notion de la cause locale déterminante, et autant que possible de la lésion anatomique. Il est ainsi conduit à distinguer les espèces suivantes :

1° *Idiotie des hydrocéphales.* — Le diagnostic de cette forme est en général évident; pourtant la question est plus complexe qu'elle ne semble au premier abord.

D'abord, bien des cas où il existe de l'épanchement intraventriculaire ne se traduisent pas par une augmentation de volume de la tête, et par contre, des hydrocéphales à développement excessif du crâne ont été vus avec un notable degré d'intelligence, de sorte qu'on ne pouvait les considérer comme idiots. Au point de vue du pronostic, cette forme d'idiotie n'est pas fatalement incurable : l'auteur cite un cas de guérison.

2° *Idiotie des éclamptiques.* — Sous ce titre se rangent la plupart des convulsions de l'enfance, souvent spontanées, d'autres fois symptomatiques d'affections viscérales. C'est le propre de certaines de ces convulsions d'altérer surtout l'intelligence, en laissant plus ou moins intacts le mouvement et la sensibilité; aussi le pronostic de cette variété d'idiotie est-il, en général, fort défavorable.

3° *Idiotie des épileptiques.* — L'épilepsie, qui a tant de traits de ressemblance avec l'éclampsie, entraîne aussi l'idiotie, mais avec quelques différences. Beaucoup d'épileptiques ont l'intelligence assez bien conservée, et même après un nombre excessif d'attaques, qui ont amené un état de démence, puis d'idiotie persistante, on a pu voir des cas de guérison véritable s'opérer. L'auteur cite notamment le fait d'une enfant épileptique et idiote pendant cinq ans, au point qu'elle avait désappris à parler et qu'elle ne reconnaissait plus ses parents, qui recouvra petit à petit l'intelligence et la parole. Le pronostic n'est donc pas absolument défavorable; toutefois il faut savoir que dans cette forme d'idiotie, il n'y a guère plus de 6 0/0 de guérisons. Elle paraît se relier aux lésions communes de l'épilepsie (atrophie du cerveau, aplatissement des circonvolutions, suffusions séro-sanguines, etc.).

4° *Idiotie des paralytiques.* — Ce groupe est mal défini, car évidemment la paralysie n'est qu'une conséquence de lésions cérébrales profondes, congénitales ou acquises. C'est ordinairement de l'atrophie unilatérale du cerveau que l'on trouve en pareil cas, et cette lésion entraîne un arrêt de développement de toute la moitié opposée du corps. Cette idiotie est loin d'être incurable, car l'autre portion du cerveau s'habitue à suppléer l'hémisphère atrophié : il reste seulement, fréquemment, un certain degré d'aphasie.

5° *Idiotie inflammatoire.* — Encore un groupe irrégulier où se trouvent compris les cas d'idiotie consécutifs à une encéphalite, et ceux, très-rares, qui succèdent à des fièvres éruptives. Seule, la fièvre typhoïde entraîne assez souvent un affaiblissement intellectuel qui peut aller jusqu'à la véritable idiotie.

6° *Idiotie traumatique.* — Cette dernière classe comprend une

série d'idiots dès leur naissance, par suite de traumatismes au moment de l'accouchement.

Cette cause est discutée par l'auteur, qui n'y ajoute pas grande confiance.

Plus nombreux sont les faits d'idiotie acquise, survenant après la naissance, à la suite de coups et de chutes sur la tête. Encore, ici, faut-il se méfier de la tendance qu'ont tous les parents de rapporter à cette origine l'état mental de leurs enfants; car il est bien probable que le traumatisme n'agit souvent qu'en développant une prédisposition antérieure.

H. RENDU.

TRAVAUX A CONSULTER.

A cretinoid state supervening in the adult (État crétinoïde survenant chez l'adulte), par W. GULL, clinical Society of London. (*Brit. med. journ.*, 1er *nov.* 1873, *p.* 528.)

C'est d'après 5 observations que l'auteur a fait ce travail. Il n'a jamais vu cet état chez l'homme. Dans 4 cas, c'est entre 40 et 50 ans qu'il observa ces accidents. Dans le 5e, l'origine a été plus obscure. Dans 2 cas, c'est au moment de la ménopause que survinrent les troubles; dans les autres, au contraire, on observa plutôt de la ménorrhagie. Voici ce que l'auteur observa : la face se déforme sensiblement et s'élargit tellement qu'elle devient ou tout à fait ronde ou même ovoïde transversalement, les chairs sont molles, la peau devient lisse et très-fine, présentant en quelque sorte un aspect émaillé; les joues sont légèrement colorées, les paupières sont flasques et plissées, la peau du cou et celle qui recouvre les maxillaires sont épaissies, les lèvres sont élargies, épaissies et colorées ainsi que les ailes du nez. L'espace interoculaire est fort élargi, ainsi que la racine du nez, et ce caractère imprime à la face un aspect remarquable d'aplatissement; les traits sont absolument dépourvus d'expression. La langue s'épaissit, la voix devient gutturale, la prononciation des mots difficile, comme si la langue était trop grande pour la bouche. Les mains deviennent aussi plus épaisses et plus larges. En même temps la malade est dans un état d'indifférence et d'abaissement intellectuel assez notable. Le reste du corps et les membres engraissent assez sensiblement. L'examen du cou et des reins fut absolument négatif. Tous les autres viscères sont également sains. Cet état diffère de la polysarcie par l'aspect de la face et l'état intellectuel, deux caractères qui ont amené l'auteur à donner à l'ensemble de ces signes le nom d'état crétinoïde. Le corps thyroïde n'était point le siége d'hypertrophie. L'auteur établit une com-

paraison entre ces cas et ceux que le Dr Fragge a décrits dans son travail sur le crétinisme sporadique en Angleterre. La thérapeutique de cette affection n'a pas été fort heureuse. A. GOUGUENHEIM.

Some of the causes of idiocy and imbecillity (De quelques causes d'idiotie et d'imbécillité), par J. Laugdon DOWN, Brit. med. association. (*Brit. med. journ.*, 11 *oct.*, *p.* 432.)

Ce travail statistique est basé sur 2,000 observations. Le Dr Down a trouvé que 24 pour 100 étaient des enfants premier-nés, et il attribue cela à la pression sur le crâne et surtout à la longueur du travail, plus fréquente chez les primipares. Il fait aussi la part de l'état nerveux des femmes, qui est plus surexcité à une première grossesse. Le sexe masculin est plus communément atteint que le féminin, ce qui, pour l'auteur tiendrait à la prédominance du crâne, dans le premier cas, et par conséquent faciliterait la compression. L'influence de la disparité d'âge des parents a été à peine appréciable, mais leur état névropathique a été constaté dans la proportion de 45 pour 100. Du côté maternel les premiers enfants étaient les plus exposés, c'était l'inverse du côté paternel, et l'auteur croit que, dans ce dernier cas, les affections cérébro-spinales, assez communes dans la 2e période de la vie, pouvaient n'avoir pas été sans influence sur cet état. Dans ces cas, en effet, les enfants nés avant l'apparition des premiers accidents étaient bien constitués, tandis qu'il n'en était plus de même de ceux qui naissaient à ce moment ou après.

A. GOUGUENHEIM.

Gallerie verkannter Fälle von Irresein (Cas méconnus de folie), par KÖSTER. (*Der Irrenfreund*, nos 8, 9, 1873.)

Köster examine l'état mental d'une classe assez nombreuse d'individus, que l'on rencontre en tous pays confondus avec les oisifs jusqu'au moment où l'autorité les fait enfermer dans une maison de correction ou bien dans un asile à la suite d'un délit. Ces êtres dégénérés sont incapables d'exercer un métier, de poursuivre un projet, de vivre au milieu d'une famille.

Leur immoralité a le plus souvent sa source dans des dispositions morbides qu'ils tiennent de leurs parents ; quelques-uns paraissaient bien développés, quand un traumatisme survenu à l'époque de la puberté a arrêté leur accroissement ; à un fond commun de débilité mentale s'ajoutent des formes mixtes de vésanies, de la mélancolie, des idées délirantes multiples, avec périodes d'exacerbation et de rémission sans intervalle lucide proprement dit.

Les hommes sont portés à se livrer à la boisson, les femmes à faire des excès sexuels ; les uns et les autres subissent difficilement toute contrainte. La dégénérescence, dont tous portent les signes, semble

avoir atteint les sentiments bien plus que l'intelligence. Quelques-uns de ces faits ont poussé certains auteurs à créer une espèce particulière d'aliénation mentale sous le nom de folie morale, dont les caractères sont mal déterminés.

En définitive, beaucoup d'observations prouvent qu'il s'agit d'aliénés héréditaires ; aussi le traitement a peu d'influence.

BOUCHEREAU.

De l'influence des causes morales sur l'économie, et en particulier sur le système nerveux, par M. Henri VÉDIE. (*Annales médico-psychologiques, janvier* 1874.)

L'homme possède trois facultés : l'intelligence, la sensibilité morale et la volonté. Sous les noms de sensibilité, sens, sensations, sentiments, on confond ordinairement plusieurs ordres de faits qu'il est utile de séparer au point de vue philosophique comme au point de vue physiologique. Le plaisir et la douleur constituent des émotions au même titre que le bonheur et le malheur : leur cause est différente, l'une est externe, l'autre interne. Il existe entre l'émotion et la sensation des liens assez intimes : pour faciliter leur étude, on a pris l'habitude de les séparer. L'une de nos facultés ne peut entrer en jeu sans mettre quelque peu en mouvement les deux autres. Chez l'enfant et chez certains aliénés, toute perception s'accompagne visiblement d'un certain degré d'émotion agréable ou désagréable, et en même temps d'une détermination instinctive. Cette liaison des trois facultés est moins apparente dans l'homme raisonnable, parce que chez lui le développement de la raison et de la volonté a consisté précisément à comprimer un nombre plus ou moins grand de déterminations instinctives. Les idées, les émotions et les déterminations s'accompagnent invariablement d'un changement organique : toute la pathogénie des causes morales de la folie est là. Le système cérébro-spinal est l'instrument des modifications psychiques : l'ébranlement de ce système se communique au grand sympathique. Tout acte psychique peut retentir sur les fonctions de l'organisation humaine : on en trouve la preuve dans l'observation et l'expérimentation physiologique. L'exhalation d'acide carbonique et la température du corps éprouvent une élévation appréciable dans les cas d'activité mentale ; le travail cérébral, aussi bien que le travail musculaire, donne lieu à une production d'urée plus abondante. Le visage pâlit et se colore à la suite d'une impression un peu vive. Par suite de chagrins répétés, de sentiments prolongés de nature dépressive, on voit apparaître des lésions graves du système nerveux ; une excitation vive et subite met fin à des symptômes douloureux très-pénibles. L'imagination et l'émotion puissante qu'elle fait naître ont particulièrement des effets remarquables. Aussi certains phénomènes, qui semblent extraordinaires aux esprits épris du merveilleux, reçoivent le plus souvent une interprétation très-rationnelle.

BOUCHEREAU.

Recherches au sujet de l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés, par rapport à leur santé physique et morale, par Maurice BINET. (*Paris*, 1873.)

Les aliénés n'échappent pas plus que les autres hommes à l'action du milieu ambiant dans lequel s'écoule leur existence; parmi eux, beaucoup réagissent avec moins de vigueur que les gens sains d'esprit, par suite de la débilité physique dans laquelle ils sont tombés. On n'est pas encore parvenu à déterminer avec précision l'influence de la température, des saisons, de l'ozone, de la pression atmosphérique sur la marche et la terminaison des différentes variétés de folie. M. Binet dans sa thèse, reproduit les opinions très-contradictoires émises par les auteurs sur cette question, et résume dans un tableau les observations réunies par lui à l'asile de Breuty (Charente), sans formuler aucune conclusion; en regard des conditions de tranquillité ou d'excitation de ses malades, il place l'indication parallèle des divers agents atmosphériques, notés au même moment. En Italie, on paraît s'occuper avec intérêt de ce sujet depuis quelques années. Lombroso l'a abordé dans ses cours et ses écrits; au dernier congrès, réuni à Rome en octobre 1873, Maggiorani a lu un mémoire sur le magnétisme minéral ou l'action de l'aimant appliqué aux maladies nerveuses; Solivetti a constaté que des relations existent entre l'agitation des aliénés et l'état atmosphérique. BOUCHEREAU.

Ueber die cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken (De la dégénération kystique de la couche corticale du cerveau chez les aliénés paralytiques), par L. H. RIPPING. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, t. XXX, 3e partie.*)

En dehors des lésions ordinaires et constantes de la paralysie générale, on rencontre parfois dans le cerveau des aliénés paralytiques d'autres altérations qui, sans être fréquentes, méritent cependant de fixer l'attention; il s'agit de petits kystes ayant la grosseur d'une tête d'épingle, trouvés dans la substance grise des circonvolutions; une lame plus ou moins épaisse de la couche corticale les sépare d'une part de la surface extérieure de l'organe, et de l'autre, de la substance blanche sous-jacente. Ces kystes sont visibles à l'état frais, et après durcissement par l'acide chromique. Sur un cerveau, dans une étendue d'un pouce carré, on a pu en compter seize; ils forment une poche complétement close, divisée en plusieurs cavités secondaires : une membrane mince, légèrement rayée, sans revêtement épithélial, compose leur paroi; des débris de vaisseaux déchirés adhèrent à sa surface; ces kystes se développent aux dépens de la gaîne lymphatique périvasculaire, qui s'épaissit, se dilate, puis s'étrangle, et plus tard une rupture s'opère. Les aliénés, à l'autopsie desquels ces produits pathologiques ont été trouvés, avaient offert durant leur vie du délire mélancolique. Le phénomène clinique fondamental avait été de la dépression physique avec idées hypochon-

driaques et penchant au suicide. L'excitation et les sentiments d'exagération, si fréquents chez les paralytiques, n'avaient jamais eu qu'une durée très-courte et un développement très-modéré.

BOUCHEREAU.

On the morbid histology of the brain and spinal cord, as observed in the insane (Sur l'histologie pathologique du cerveau et de la moelle épinière, observée chez l'aliéné), par J. Batty TUKE. (*The british and foreign medico-chirurgical Review, octobre* 1873.)

C'est la troisième partie d'un mémoire déjà mentionné dans les travaux à consulter de la *Rev. des sc. méd.* t. II n° 2, p. 800. L'auteur, après avoir étudié précédemment les lésions des vaisseaux, des méninges, de l'épendyme, du tissu interstitiel des centres nerveux, s'occupe ici : 1° de l'altération générale des quatre couches externes de l'écorce cérébrale, qu'il a rencontrée dans des cas de paralysie générale et de manie chronique; 2° de la dégénération granuleuse et pigmentaire des cellules nerveuses; et 3° de l'atrophie des cellules nerveuses trouvée dans la démence sénile et dans les autres cas de démence, principalement dans la paralysie générale; 4° de l'hypertrophie des cellules nerveuses qui peut coexister chez les mêmes sujets dans la couche profonde de l'écorce, en même temps que l'atrophie et la dégénération des cellules des quatre couches externes. L'auteur a vu, en outre, l'hypertrophie des cellules nerveuses dans des cas d'épilepsie grave, 5° des ramollissements jaunes circonscrits, et 6° des atrophies circonscrites. Ces deux dernières altérations, que l'on rencontre surtout dans la démence sénile, ne sont autres que les lacunes et les petits foyers de ramollissement déjà décrits par nombre d'auteurs.

M.

Étude clinique de la lypémanie stupide, par le Dr CULLERRE, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre. (*Ann. méd. psych., sept. et nov.* 1873.)

Ce travail qui a obtenu le prix Esquirol à la société médico-psychologique est une bonne monographie exposant, d'une manière claire et concise, ce que l'on sait actuellement de plus précis sur cette forme particulière de mélancolie, la lypémanie stupide. L'auteur a puisé les éléments de sa description non-seulement dans les travaux antérieurs, mais encore dans un bon nombre d'observations recueillies à Ville-Evrard; il établit deux formes principales de lypémanie stupide : « l'une, qu'on peut appeler passive, qui tient à un épuisement de la constitution et du système nerveux, et dans laquelle l'intelligence semble assoupie et même détruite; l'autre, plus particulièrement active, dans laquelle la puissance nerveuse n'est pas supprimée, mais concentrée sur des pensées ou des sensations maladives, et procure aux malades les plus pénibles souffrances. » Cette notion fournit l'indication, selon les cas, de deux ordres

d'agents thérapeutiques, les uns toniques et excitants, les autres sédatifs et calmants. M.

Hémorrhagie extra-méningée (entre le crâne et la dure-mère) survenant à la suite d'une indigestion chez un imbécile maniaque, par le Dr CHRISTIAN. (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1873, *n*° 16.)

Dans cette observation intéressante par sa rareté, il s'agit d'un imbécile maniaque, âgé de 18 ans, qui, après avoir avalé une quantité considérable d'aliments, est pris de symptômes d'indigestion, vomissements, coliques, etc., auxquels succède bientôt un coma, dans lequel le malade meurt. A l'autopsie on trouve un caillot volumineux entre le crâne et la dure-mère; un vaisseau de celle-ci est rompu. Les autres organes sont sains; il n'existait aucune affection chronique des méninges; le malade n'était pas adonné aux excès alcooliques. H. TH.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

ANALYSES.

Gutachten über einen abgeschnittenen Haarzopf (Rapport médico-légal sur une tresse de cheveux coupée), par le Dr Otto ŒSTERLEN, de Tubingue. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, 1874, *n*° 1.)

Le 7 septembre 1873, l'auteur est commis par un tribunal aux fins d'examiner une tresse de cheveux qu'on lui envoie et de déclarer si, à la façon dont elle est sectionnée, il est possible de reconnaître l'instrument dont on s'est servi, couteau ou ciseaux, et s'il était affilé ou au contraire émoussé.

Les cheveux sont sains, d'un blond clair, formant une tresse de 33 centimètres de longueur, composée de 3 nattes séparées à leur extrémité supérieure et reliées en bas par un petit ruban noir. La tresse a dans son ensemble une largeur de 3 centimètres, et 6 centimètres de pourtour.

Après avoir décrit les caractères offerts par les cheveux à l'œil nu et au microscope, l'auteur repousse la possibilité de leur arrachement. Il est certain ainsi qu'on a fait usage d'un instrument

tranchant. Quant à décider s'il s'agit d'un instrument bien aiguisé ou au contraire émoussé, d'un couteau quelconque ou de ciseaux, l'examen à l'œil nu ou même à la loupe ne peut fournir ces renseignements. Les caractères présentés par les surfaces de section peuvent se rapporter aussi bien à un couteau manié comme une scie qu'à des ciseaux; la seule chose qu'on puisse dire, c'est que, quel qu'ait été l'instrument employé, les coups ont été multiples.

Des études microscopiques comparatives pouvant apporter quelques éléments nouveaux d'appréciation, l'auteur institua à cet effet un grand nombre d'expériences, dont voici les résultats :

1° Si l'on sectionne une tresse de cheveux avec un couteau de poche ordinaire et coupant modérément, voici ce qu'on observe :

a) Lorsque la tresse est fortement tendue, sur une moitié des cheveux, les surfaces de section sont nettes, tandis que sur l'autre, elles sont irrégulièrement esquilleuses.

b) Lorsque la tresse est faiblement tendue, alors la grande majorité des cheveux présente des bouts très-irréguliers, comme esquilleux et dépassés par des squames et des filaments; en outre, le reste des cheveux est aussi passablement effilé.

2° Si l'on coupe la natte, soit avec un bon bistouri, soit avec un rasoir bien tranchant, les surfaces de section sont si nettes, que c'est à peine si avec un grossissement de 300 diamètres on distingue quelques dentelures; ce n'est que sur un très-petit nombre de cheveux que l'on voit quelques filaments déliés de la substance corticale dépasser légèrement le niveau de la section.

3° Sur une tresse coupée avec de bons ciseaux, les cheveux sont encore sectionnés nettement, mais avec des dentelures manifestes. Parfois le bout sectionné se termine d'une façon mousse après s'être effilé progressivement. Un cinquième des cheveux coupés a une apparence un peu irrégulière, esquilleuse, plus marquée que pour le numéro 2, mais moindre que dans le cas numéro 1.

La comparaison des résultats expérimentaux avec les caractères constatés sur la tresse en question permet d'éliminer l'hypothèse d'un couteau de poche. Le degré de tension nécessaire pour avoir les résultats inscrits sous la rubrique *a*) aurait déterminé indubitablement une lésion du cuir chevelu et l'arrachement d'un certain nombre de cheveux. D'autre part, si la tresse était peu tendue, il aurait fallu couper en sciant par un mouvement de va-et-vient, qui aurait produit des surfaces de section remarquablement irrégulières dont il ne saurait être question dans le fait qui nous occupe.

— Cependant les cheveux de la tresse ne sont pas coupés aussi nettement que le ferait un couteau très-affilé; mais il est bon de remarquer que des cheveux sectionnés très-nettement peuvent, à force d'être maniés, présenter des inégalités à leur extrémité sectionnée.

En somme, les caractères reconnus sur la tresse se rapprochent le plus de ceux obtenus avec de bons ciseaux.

Conséquemment, l'auteur formula comme suit les conclusions de son rapport :

1° La tresse a été coupée avec un instrument tranchant ;

2° Cette section a été produite par un assez grand nombre de coups de l'instrument ;

3° La tresse a été très-probablement sectionnée à l'aide de bons ciseaux ;

4° Néanmoins on ne peut absolument exclure la possibilité que la section ait été opérée avec un couteau coupant très-bien.

5° En tout cas, c'est un instrument très-tranchant qui a été employé.

— L'affaire vint se dérouler devant le tribunal. Voici ce dont il s'agissait.

Les deux filles d'un forgeron, âgées, l'une de 13 ans et l'autre de 9, couchaient dans un même lit, placé dans le galetas de la maison ; un matin, à son réveil, l'aînée trouva sur son oreiller sa tresse gauche qui avait été coupée. Ni elle ni sa sœur n'avaient rien entendu, rien senti. Les soupçons se portèrent aussitôt sur le jeune apprenti qui couchait dans une pièce voisine et qui vivait en mauvaise intelligence avec les filles de son patron. Une des trois paires de ciseaux que possédait la famille avait disparu depuis une époque coïncidant à peu près avec celle du délit commis. On relâcha le prévenu, faute de preuves suffisantes. En tenant pour vrais les témoignages, on peut, maintenant que les détails de l'affaire sont connus, affirmer avec plus de certitude l'emploi de ciseaux. Car un couteau eût exigé une tension des cheveux assez grande pour réveiller l'enfant, à moins d'imaginer l'expédient suivant : enrouler solidement la tresse autour du doigt.

Mais en ce cas-là, ou bien une couche n'aurait pas été coupée, ou bien si la tresse avait été sectionnée dans toute son épaisseur, on eût trouvé une entaille sur le doigt correspondant.

J. B.

TRAVAUX A CONSULTER.

Des systèmes médico-légaux et de la détermination du danger de mort causé par les blessures, par J.-A. FLORIN. (*Nordiskt med. Arkiv, t. V, n° 28, 1873, d'après le compte rendu français.*)

Le but principal de l'auteur est de démontrer que tous les systèmes artificiels employés pour la classification de la gravité plus ou moins

grande des blessures n'ont aucune valeur, ni théorique ni pratique. Pour figurer dans certains groupes, chaque cas doit perdre une partie de ses caractères particuliers, et, plus les groupes sont larges, plus cette violence imposée aux faits devient considérable. La statistique n'est pas applicable ici, parce qu'elle ne saurait prendre en considération une foule de circonstances qui pourtant ont exercé une grande influence, telles que le séjour dans tel ou tel hôpital, la nature du traitement, les prédispositions individuelles, etc. Dans la majorité des cas, on ne peut déterminer *a priori* si une blessure entraînera ou non le danger de mort; ce n'est que la marche de la maladie, résultant de la blessure, qui doit servir de base au jugement. C'est pourquoi on est forcé de prendre en considération non-seulement la lésion primitive, soit les symptômes locaux des premiers instants, mais tout ce qui se produit ensuite jusqu'à la terminaison de la maladie. L'expression « *entraînant le danger de mort* » dont la loi se sert, ne doit donc pas signifier que l'individu a été blessé de telle sorte qu'il a eu de prime-abord des chances de mourir, mais que la marche de la maladie consécutive a été telle que la vie « à une certaine époque » a été effectivement menacée. Certes, le médecin, ici comme toujours, a le droit, le devoir même, de porter un pronostic, mais pour cela il ne doit point s'appuyer sur un seul symptôme, primitif ou secondaire; toutes les particularités qui appartiennent au fait en question doivent être prises en considération, d'autant plus consciencieusement que le sort d'une troisième personne dépend de son jugement.

De l'emploi du chloroforme au point de vue de la perpétration des crimes et délits, rapport par M. DOLBEAU à la société de médecine légale. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier.*)

Chez un individu qui dort naturellement, peut-on administrer le chloroforme en vapeur et provoquer ainsi l'anesthésie sans réveiller le dormeur?

Récemment, M. le Dr Cucuel, dans une affaire judiciaire, a répondu négativement à cette question. M. Stephens Royers pense que le chloroforme ne peut être que d'une médiocre utilité dans les tentatives criminelles.

M. Dolbeau étudie à son tour la question. Diverses expériences lui démontrent, comme aux auteurs qui l'ont précédé, que les animaux renfermés dans un espace confiné font tous leurs efforts pour s'échapper dès que le chloroforme se mélange à l'air qu'ils respirent. D'autres expériences l'ont conduit à conclure pour l'homme comme M. Cucuel et comme M. Stephens.

Mais de nouvelles recherches faites dans le service de M. Dolbeau par ses internes, M. Berger et M. Hubert, ont donné un résultat différent. Sur 29 sujets soumis à l'expérimentation, 10 ont pu être anesthésiés.

Ces faits appliqués à la médecine légale, mènent à cette conclusion que le chloroforme administré à des gens qui dorment pourra favoriser la perpétration de certains crimes ou délits. Et en justice l'expert doit déclarer qu'il est possible, sinon facile, de rendre une personne qui dort

assez insensible, par le chloroforme, pour que cette personne puisse être victime d'un attentat quelconque BOCHEFONTAINE.

Brandstiftung. Zweifelhafte Zurechnungsfähigkeit (Crime d'incendie. Responsabilité douteuse), rapport médico-légal du prof. von KRAFFT-EBING. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, 1874, nº 1.)

Les remises d'un château sont réduites en cendres pendant la nuit. La cause du feu était restée inconnue, lorsqu'un employé logé accuse la disparition d'une partie de sa garde-robe ; on songe alors que l'incendie a été allumé par un voleur. Mais 3 jours plus tard, on retrouve les effets en question dans un meuble de leur propriétaire lui-même. Ce dernier jure qu'il ignorait que ces vêtements se trouvassent là et que ce n'est pas lui qui les y avait mis; cependant au bout de 12 jours, il se fait connaître spontanément comme auteur de l'incendie.

Avec l'expression d'un profond repentir, il fait devant le tribunal les aveux suivants, dont voici la substance : A la suite de libations prolongées en joyeuse compagnie, il s'était acheminé chez lui après minuit. Arrivé près de la remise, il lui vint soudain à l'idée d'y mettre le feu et de s'ôter ensuite la vie. Puis, après l'accomplissement de la première partie de son projet, il s'était sauvé chez lui, s'enduire de pétrole avec l'intention de se jeter dans les flammes. Mais ses forces l'abandonnent au dernier moment; il regagne sa demeure, se déshabille et se met au lit. Alors envisageant toute l'énormité de son action, le remords s'empare de lui ; bientôt ayant entendu crier au feu, il court, vêtu d'une chemise et d'un pantalon, chercher du secours au village voisin; puis il revient en hâte aider à éteindre l'incendie ; à ce moment, l'idée lui vient qu'il serait découvert, aussi rentre-t-il précipitamment chez lui et se met-il à cacher ses habits, afin de détourner sur un autre les soupçons. — Quant au mobile de son acte, il le met sur le compte de son dégoût pour la vie.

L'inculpé, âgé de 24 ans, a le crâne normalement conformé, l'œil terne, le regard un peu incertain ; quand il parle, la commissure labiale droite reste immobile, tandis que la gauche est tirée en haut et en dehors. Son grand-père paternel est mort fou, sa mère a succombé à une inflammation du cerveau à l'âge de 39 ans. Depuis son enfance, il a toujours été débile et très-nerveux, d'un caractère exalté, s'occupant de chimères et s'emportant facilement, bien qu'ayant bon cœur.

A 11 ans, il sauta à l'improviste au cou de sa mère, la pria de faire sonner le glas funèbre et d'aller chercher le prêtre parce qu'il allait mourir. Vers l'âge de 12 ans, il a eu des pertes de connaissance fréquentes; à 13 ans, fièvre typhoïde sans mauvaises suites ; à l'école, il se montrait intelligent. Depuis lors, il a rempli diverses charges d'une façon très-satisfaisante, mais on a remarqué chez lui des distractions fréquentes. Enfin, étant tombé amoureux de la fille d'un médecin, il fit demander à son père la permission de se marier. La réponse ne fut pas satisfaisante; dès ce moment il devint sombre et négligent. Le soir même de la catastrophe on n'avait rien remarqué d'étrange chez lui.

Une observation continuée pendant 10 mois de détention préventive n'amena la découverte d'aucun nouveau trouble psychique. Le rapport des experts devant le tribunal de première instance concluait d'un acte commis sans intention criminelle dans un état de complète ivresse. — Un nouveau rapport réclamé par une juridiction supérieure, admit, à l'époque de l'acte, l'existence d'un délire mélancolique avec idées de persécution.

Le prévenu fut absous et placé dans un établissement d'aliénés, où l'auteur put l'observer et recueillir l'aveu que depuis quelques années il se livrait 2 ou 3 fois par semaine à la masturbation. Il s'exprimait en termes convenables au sujet de son action, mais sans paraître s'en repentir; il en parlait comme d'un acte auquel il serait demeuré étranger.

Pour Krafft-Ebing, on a affaire ici à un dégénéré héréditaire et à un accès impulsif survenu dans le cours d'une mélancolie sans délire, à forme dépressive. J. B.

On the Guaiacum process for the detection of blood as a valuable aid in distinguishing nucleated from non-nucleated red blood disks (Sur l'emploi de la résine de Gaiac pour l'examen du sang), par R.-M. BERTHOLET. (*The American Journal of med. sc., janvier* 1874.)

Voici le procédé employé par l'auteur pour distinguer le noyau des globules rouges du sang, et par suite pour savoir s'il s'agit de sang d'un mammifère ou bien d'un oiseau, d'un reptile ou d'un poisson.

La préparation microscopique, placée d'abord dans la glycérine faiblement acidifiée, est lavée avec soin avec une solution alcoolique de résine de gaiac; puis on introduit sous la lamelle qui recouvre la préparation une très-petite quantité d'une solution éthérée de peroxyde d'hydrogène (éther ozonique); si l'on expérimente sur du sang de mammifère, les hématies prennent alors une coloration bleue variant du bleu saphir pâle à la teinte indigo foncé, et cette coloration est absolument uniforme dans toutes les parties du globule.

Si au contraire le sang provient d'un animal dont les corpuscules contiennent un noyau, ce noyau se présente sous la forme d'un corps nettement circonscrit d'un bleu foncé, tandis que le protoplasma a une teinte d'un violet délicat, et parfois ne se colore pas du tout. Malheureusement, ce procédé ne fournit aucun indice lorsqu'il s'agit de discerner le sang de l'homme du sang des animaux mammifères. A. S.

Éléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement, par A. RABUTEAU. (*Un vol. in*-12, 920 *pages, chez Lauwereyns, Paris,* 1874.)

Le traité de toxicologie que vient de faire paraître M. Rabuteau diffère complétement des ouvrages qui ont été publiés dans ces dernières années sur le même sujet. L'auteur s'est proposé d'étudier chaque poison

au point de vue de ses effets, c'est-à-dire des symptômes et des lésions qu'il peut déterminer, du traitement, et de sa recherche dans les expertises. Il ne se contente pas de donner l'étude chimique des méthodes propres à reconnaître les substances toxiques, et d'énoncer les réactions qui permettent de les distinguer les unes des autres; embrassant un mode plus général, il expose les signes qui peuvent être déduits des cas connus d'empoisonnement, et plus encore les résultats des faits observés sur l'animal vivant soumis à l'action d'un agent toxique. Ce dernier ordre d'observations est particulièrement très-développé et toujours suivi de la sanction qu'apporte l'anatomie pathologique.

C'est dans ce genre de faits que l'auteur, familiarisé depuis longtemps avec l'étude expérimentale des médicaments sur les animaux, a su mettre le plus d'originalité et apporter des expériences personnelles.

Ce traité est, en effet, rempli d'observations dues à l'auteur lui-même. Dans le nombre considérable d'agents toxiques qu'il avait à décrire, M. Rabuteau a presque sur chacun d'eux institué de nouvelles recherches; il a proposé des rectifications nombreuses aux données anciennement admises sur l'action des substances vénéneuses; il pense avoir mis hors de contestation une foule de points nouveaux.

L'auteur a établi la classification des poisons d'après les actions exercées exclusivement par les substances toxiques sur les parties élémentaires de l'organisme sur les humeurs, et notamment sur le fluide sanguin. Il admet cinq classes de poisons : hématiques, narcotiques, nervo-musculaires, musculaires, irritants ou corrosifs.

Les points nouveaux dont l'auteur revendique la découverte, ont trait surtout à l'action des cyanates, du chlorhydrate d'ammoniaque, des dérivés du sélénium et du tellure, de l'alcoolisme chronique, des antagonistes de la strychnine, des alcaloïdes de l'opium, de l'azotate de potassium, des iodates, bromates, oxalates, etc.

Il rapporte un grand nombre de faits pour démontrer que les métaux ont une action toxique d'autant plus grande que leur poids atomique est plus élevé.

D'après cette courte analyse il est facile de pressentir que M. Rabuteau a mis à profit tous les progrès de la science et a fait preuve d'une grande variété de connaissances. L'ouvrage est écrit avec ordre et clarté, il se lit avec facilité.

E. HARDY.

Recherche analytique et toxicologique sur l'acide phénique, par E. JACQUEMIN. Communication faite à Lyon à la 2e section pour l'avancement des sciences, août 1873. (*Journal de Pharmacie et de Chimie, t. XIX, p.* 105, 1874.)

On connaît de nombreuses et caractéristiques réactions de l'acide phénique. L'auteur en ajoute une nouvelle reposant sur la facilité avec laquelle le phénol se transforme en érytrophénate de sodium, sel bleu qui possède un pouvoir colorant très-considérable. On additionne l'acide phénique de son poids d'aniline, puis d'hypochlorite de sodium, et on obtient une liqueur d'un bleu foncé, érytrophénate de sodium, remarquable par la pureté et la persistance de sa teinte, virant au rouge sous

l'influence des acides par la mise en liberté de l'acide érythrophénique, et repassant au bleu quand on sature l'acide par un alcali. Une seule goutte de phénol dissoute dans 500 centimètres cubes d'eau, donne par ce traitement un liquide bleu très-foncé ; étendue de 2 litres d'eau, la réaction se développe encore d'une façon très-nette, et acquiert en une heure ou deux une intensité considérable.

L'auteur a appliqué cette méthode à la recherche de l'acide phénique dans le sang; 100 grammes de sang contenant 0,01 de cette substance furent traités par 2 grammes d'acide sulfurique étendu de 98 grammes d'eau. Le sang recueilli au sortir de la veine, dans une capsule chaude et tarée d'avance, se mélange fort bien par l'agitation avec le liquide acide; mais si le sang est coagulé, il faut diviser le caillot dans un mortier avec du sable et faire ensuite le mélange ; après une heure de contact, on jette sur une toile mouillée, on ajoute de l'alcool et on filtre ; on recueille 30 centimètres cubes du liquide, on les sature par du carbonate de sodium, on verse une goutte d'aniline et la dissolution d'hypochlorite de sodium; le liquide ne tarde pas à passer au vert, puis au bleu verdâtre. Dans une expertise de médecine légale, la recherche précédente sert d'essai préliminaire; si on constate la présence de l'acide phénique dans cette première tentative, on extrait le reste en agitant le liquide primitif avec l'éther, ou le pétrole bouillant à 60°, ou la benzine ; ces dissolvants évaporés laissent un résidu au moyen duquel on effectue la réaction caractéristique avec la plus grande netteté. E. HARDY.

Du signe pathognomonique de l'intoxication cuivreuse; note lue à la Soc. méd. des hôp., par le Dr BAILLY, de Chambly ; rapport sur cette note par M. BUCQUOY. Discussion. (*Un. méd., p.* 61, 104, 112.)

M. Bailly, observant depuis trois ans dans une fabrique de cuivre où se trouvent cinq cents ouvriers, a remarqué un fait capital pour l'histoire de l'intoxication cuivreuse; c'est la présence constante d'un liseré cuivreux, signe pathognomonique de l'intoxication par le cuivre, au même titre que le liseré saturnin l'est de l'intoxication par le plomb. Ce liseré bleu-verdâtre règne à la base des dents, est plus ou moins foncé, suivant la couche plus ou moins épaisse du dépôt cuprique ; il manque presque toujours sur les grosses molaires, commence aux petites, et s'accuse de plus en plus sur les canines et les incisives. Il devient souvent évident après un séjour de quelques jours dans la fabrique; il ne disparaît que difficilement. La gencive ne porte pas trace de dépôt cuivreux, mais, neuf fois sur dix, elle est le siége d'une inflammation chronique qui peut aller jusqu'au déchaussement des dents. Pour prouver que cette coloration est bien due à un sel de cuivre, l'auteur emploie une solution de sulfocyanure de potassium, qui donne au contact de ces sels un précipité brun marron, et ce réactif a coloré ainsi le liseré bleu verdâtre observé par M. Bailly.

M. Bucquoy reconnaît la justesse des observations de l'auteur ; il préférerait un autre mot que celui de liseré, qui semble faire croire que cette coloration envahit les gencives, comme le liseré saturnin ; il donne les

indications de quelques auteurs qui ont été frappés également de la coloration spéciale des dents chez les ouvriers en cuivre. Mais il n'admet pas toutes les conclusions du travail de M. Bailly; celui-ci prétend que ce liseré vient, non pas du dépôt de particules cuivreuses venant du dehors sur les dents, mais du cuivre absorbé par la peau ou la muqueuse pulmonaire, et qui vient ensuite se déposer sur les dents par un travail d'élimination; la présence de la coloration serait donc le signe pathognomonique de l'intoxication cuivreuse.

M. Bucquoy, tout en admettant que les ouvriers en cuivre présentent dans plusieurs organes une coloration spéciale, prétend que jamais cette absorption n'a causé le moindre mal, que l'intoxication cuivreuse n'existe pas ; d'autre part, il n'admet pas que la coloration verdâtre des dents vienne de l'intérieur, mais seulement de l'extérieur. Il attend de nouvelles communications du même auteur pour changer ses opinions, s'il y a lieu.

MM. Hillairet, C. Paul, Brouardel ont observé le liseré verdâtre des dents, mais le sulfocyanure de potassium ne lui a donné aucune coloration brune. M. Ernest Besnier insiste sur ce fait que la coloration n'existe que chez les ouvriers qui manient le cuivre à un titre quelconque, et que cette coloration semble appartenir à l'émail même et ne pas résider à la surface, car le grattage ne l'enlève pas. M. Bouchard montre que si le liseré plombique est dû à l'apport extérieur du plomb sur les gencives, l'argent produit aussi une coloration, mais après une absorption. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le cuivre ? M. Bucquoy a rapporté des faits d'ouvriers en cuivre dont les os étaient verdâtres ; pourquo les dents ne présenteraient-elles pas la même coloration à la suite du même mécanisme ? Enfin, M. Bouchard est disposé à admettre l'existence d'une intoxication cuivreuse, se révélant surtout par des troubles gastro-intestinaux.

J. CAZALIS.

Experiments with snake poison (Expériences faites avec le venin de serpent), par Vincent RICHARDS. (*The indian Annals of medical science*, *n°* 31, *p.* 285 *Calcutta*, 1873.)

Les expériences dont il s'agit sont au nombre de quarante-six. Les animaux employés ont été presque toujours des chiens, quelquefois des poules, plus rarement des chèvres ou des vaches. Dans sept cas, le venin a été inoculé naturellement par morsure ; les autres fois, on l'a introduit artificiellement au moyen d'injections sous-cutanées. Il résulte de ces recherches : 1° que des accidents les plus légers aux plus graves, on trouve tous les intermédiaires, les effets variant avec la quantité du poison inoculé ; 2° que les effets varient aussi, à dose égale, selon la constitution du sujet en expérience ; 3° que le venin du cobra est beaucoup plus actif que celui du daboia ; 4° que le premier agit moins vite, quoique tout aussi sûrement, lorsqu'il a été dissous après dessication que lorsqu'il est frais ; 5° que le venin du daboia est un irritant local bien plus actif que celui du cobra ; 6° que les caractères du sang dans l'intoxication par le venin des serpents sont encore mal connus, mais qu'on peut

dire néanmoins : *a*) que le venin du daboia inoculé par morsure détruit la coagulabilité du liquide sanguin, tandis qu'il a l'effet contraire (chose étrange) quand on l'a injecté sous la peau ; *b*) que le venin du cobra, introduit par morsure ou par injection sous-cutanée, qu'il soit pur ou étendu, fait coaguler le sang, tandis qu'il en détruit la coagulabilité quand il est mis en contact immédiat avec lui comme dans le cas d'injection intra-veineuse ; 7° que le cobra peut verser dans une seule morsure assez de venin pour tuer de trois à cinq hommes, ou de huit à douze chiens, ou de deux à trois vaches, ou de cent quatre-vingts à deux cents poules ; 8° que selon la quantité du venin inoculé, la mort est due, soit à la paralysie des muscles respiratoires, soit à la paralysie du cœur, soit à la réunion de l'une et de l'autre, ainsi que l'avait avancé Fayrer ; 9° que la strychnine, de même qu'un certain antidote fourni par le gouvernement indien, semble impuissante à combattre l'intoxication; 10° que les injections intra-veineuses d'ammoniaque, employées avec succès par Halford en Australie, ne semblent pas offrir, dans l'Inde, les mêmes avantages ; 11° que cette différence tient peut-être à ce que les serpents de la Nouvelle-Hollande n'agissent pas comme ceux du territoire indien ; 12° que le venin des premiers frappe d'abord les ganglions cérébraux et le sensorium (état comateux, sensibilité intacte), au lieu que le venin des seconds intéresse primitivement le bulbe et la moelle (dyspnée, insensibilité, asphyxie). P. GINGEOT.

Observations d'empoisonnements.

Atropia-poisoning and delirium tremens (Empoisennement par l'atropine et délirium tremens), par Angus MACDONALD, medico-chirurgical Society of Edinburg. (*Brit. med. journ*, 26 *juill.* 1873.)

L'auteur donne en quelques lignes l'observation d'un jeune homme que l'on trouva sans connaissance, avec les pupilles dilatées et insensibles à la lumière ; il n'était point paralysé, mais avait un délire assez bruyant. On sut que ce jeune homme était alcoolique et avait depuis quelque temps des attaques de delirium tremens. Pour un mal d'yeux, il se servit d'un collyre à l'atropine peu avant l'accident, d'où les signes que je viens de décrire et qu'un moment on avait cru être causés par une lésion des méninges. Ils disparurent en effet, et alors le delirium tremens réapparut, mais il fut guéri rapidement. A. G.

Eigenthümliche Vergiftung durch die Wurzel der Tollkirsche (Empoisonnement par les racines de belladone, survenu dans des circonstances particulières), par H... (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte,* 1873, n° 24.)

Jeune homme de 28 ans dont la profession consiste à rechercher des plantes médicinales. Après une demi-journée consacrée à déterrer des racines de belladone, il dut, en l'absence d'eau à sa portée, se mettre à déjeuner sans s'être lavé les mains. Dès la nuit suivante, il avait de l'insomnie causée par de l'agitation, de la dyspnée et de la céphalalgie. L'articulation des mots était

difficile, le langage entrecoupé et mêlé de conceptions délirantes. Le lendemain, il vint trouver l'auteur: sa marche vacillante ressemblait à celle d'un homme ivre; les membres supérieurs paraissaient atteints de chorée; le pouls était accéléré (120-130 par minute), le visage rouge sale, les pupilles très-dilatées; il existait des hallucinations et des troubles de la vue. Tous les symptômes ne tardèrent pas à cesser sous l'influence d'un émétique et de purgatifs à haute dose. J. B.

Case of strychnine poisoning successfully treated by atropine (Cas d'empoisonnement par la strychnine guéri par l'emploi de l'atropine), par Samuel BUCKLEY. (*Edinburgh medic. journal, sept.* 1873, *p.* 211.)

Il s'agit d'une femme qui, dans un but de suicide, avait avalé une notable dose de strychnine. On la trouva complétement tétanisée dans l'opisthotonos avec accès subintrants convulsifs.

On commença par vider son estomac avec la pompe stomacale, puis on lui injecta sous la peau, trois fois en dix minutes, un sixième de grain de solution d'atropine, en même temps qu'on lui faisait des inhalations de chloroforme. Les accès se suspendirent aussitôt, et l'on vit les pupilles se dilater et la malade tomber dans la résolution. Les accès se renouvelèrent et l'on dut réitérer les injections sous-cutanées; au bout de 16 heures, elle pouvait être considérée comme guérie. L'auteur fait remarquer qu'elle avait pu absorber sans inconvénient 1 grain et $^1/_6$ d'atropine, lorsque à l'état physiologique on a vu $^1/_6$ de grain suffire pour déterminer des symptômes d'intoxication. H. RENDU.

Poisoning by homœopathie « concentrated solution of camphor » (Empoisonnement homœopathique « par une solution concentrée de camphre »), par George JOHNSON. (*Medical Times et Gazette*, 29 *nov.* 1873, *p.* 621.)

Premier cas. — Mademoiselle J..., 20 ans, souffrant de la gorge, prend vingt-cinq gouttes d'une solution concentrée de camphre. Elle se met au lit et, au bout d'un temps très-court, elle a de l'écume à la bouche, la face est noire, elle entre en convulsions. M. Drake de Brixton est appelé au plus vite. Pendant quelques heures elle reste sans connaissance. Elle vomit un liquide sanguinolent exhalant une forte odeur de camphre, elle souffre d'une douleur à l'estomac. Pendant quelques jours elle a une paralysie partielle et six mois après elle souffrait encore de désordres nerveux. Elle avait absorbé une solution de une once de camphre pour une once et quart d'alcool.

Deuxième cas. — Le révérend W. R... prend 3 gouttes de la même solution toutes les 5 minutes pendant une heure. Après la huitième dose il est pris d'une violente céphalalgie qui le tient 48 heures. Il reste 2 mois incapable de rien faire.

Troisième cas. — Une jeune femme de 19 ans prend une cuillerée à thé de la même solution. Elle tombe dans le coma et y reste plusieurs jours. Elle éprouve des troubles du côté du système nerveux.

Les disciples de Hahnemann peuvent donc aller depuis les doses infinitésimales jusqu'aux doses toxiques. Ces solutions concentrées de camphre peuvent être prises pour la solution de la pharmacopée anglaise; c'est probablement cette méprise qui chez les deux dames dont il vient d'être parlé a causé des symptômes si sérieux.

En général, les teintures homœopathiques sont beaucoup plus fortes que celles de la médecine ordinaire, et comme les homœopathes trouvent que leurs doses infinitésimales sont véritablement une absurdité, ils essayent de produire des effets avec des teintures concentrées qu'ils administrent à petite dose, mais qui finissent par intoxiquer les malades.

E. LANCEREAUX.

Ein Fall von Kaffee-Intoxication (Un cas d'empoisonnement par le café), par le Dr H. CURSCHMANN, de Berlin. (*Deutsche Klinik, p.* 377.)

Une femme de 27 ans, se croyant enceinte à cause d'un retard des règles, cherche à se faire avorter par l'absorption d'une forte infusion de café (250 grammes pour 500 d'eau). Au bout d'un quart d heure, anxiété extrême, gêne de la respiration et mouvements choréiques.

L'intelligence est troublée de telle sorte que les réponses sont difficiles à obtenir ; les pupilles sont mobiles et peu dilatées, la température de la peau est peu élevée.

La malade se plaint uniquement d'anxiété respiratoire et de battements du cœur (mouvements respiratoires 24-30 et pulsations 112 par minute).

Une heure après l'absorption du café, diarrhée assez forte avec ténesme douloureux; les besoins d'uriner se font sentir d'une manière très-vive tous les quarts d'heure, et l'urine dont la densité est de 1014 dépasse notablement la quantité excrétée à l'état normal.

Cet état diminua peu à peu et le lendemain on constata l'état suivant: la diarrhée et le ténesme urinaire avaient complétement disparu, la densité de l'urine était de 1020 ; le pouls, bien qu'un peu irrégulier, était revenu à l'état normal ainsi que la respiration. Mais la malade était très-lasse et éprouvait des douleurs de tête avec vertiges et nausées. Enfin, le surlendemain, la guérison fut complète, principalement le soir où l'apparition des règles fit cesser les craintes au sujet d'une grossesse.

Bien que les symptômes signalés ci-dessus ne soient pas complétement identiques aux résultats des empoisonnements par la caféine, et bien qu'on ait négligé de rechercher cet alcaloïde dans les urines, il s'agit évidemment ici d'un empoisonnement par le principe actif du café. L'auteur fait ressortir ce fait que le café était faiblement torréfié, ce qui, d'après les idées généralement admises, indiquerait une richesse plus grande en caféine (pour Aubert, in *Pflüger's Arch.*, 1872, p. 589, la perte de caféine produite par la torréfaction serait compensée par une augmentation de solubilité). En admettant les chiffres les plus faibles, la malade aurait absorbé un gramme de caféine.

Il est très-étonnant qu'avec cette quantité si considérable les accidents n'aient pas été plus graves, puisque les symptômes d'empoisonnement peuvent se manifester après l'absorption de 25 centigrammes de caféine (Husemann, *die Pflanzenstoffe*, p. 367). L'auteur déduit de ce fait que la gravité des symptômes n'augmente pas en proportion de la quantité d'alcaloïde et, en second lieu, que l'accoutumance peut avoir agi comme cause modératrice.

Si les symptômes n'ont pas reproduit le tableau de l'intoxication par la caféine, c'est probablement parce que les autres éléments du café ont eu leur part d'action. Ainsi que l'auteur le fait remarquer, cette différence

d'action entre la caféine pure et le café a déjà été notée par J. Lehmann (*Ann. der Chem. und Pharm.*, 87, 1853), qui la rapporte à l'huile empyreumatique.

Les faits les plus importants à noter, dans cette observation, sont l'augmentation de la sécrétion urinaire et la diarrhée. Cette dernière se manifesterait assez souvent, d'après l'auteur, chez des personnes prédisposées ayant absorbé une forte infusion de café. Quant au trouble de l'intelligence, l'auteur le considère comme un fait généralement admis et signale Pratt (*Boston med. and surg. journ.* II, 6, 1868) comme le seul auteur ayant admis que la caféine augmente les facultés intellectuelles.

KLEIN.

Fall von Chloralhydratvergiftung (Observation d'empoisonnement par l'hydrate de chloral), par le Dr LEVINSTEIN, de Neu-Schöneberg, 46e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 47, 24 *nov.*)

Fait suivi de guérison chez un homme de 35 ans qui avait pris 25 grammes d'hydrate de chloral cristallisé. Les principaux symptômes furent un affaiblissement considérable de l'action du cœur, une respiration intermittente, un abaissement de la température jusqu'à 32, 9° C. — Le traitement consista surtout en faradisation du phrénique pour entretenir la respiration artificielle, et en injections sous-cutanées de strychnine. J. B.

Zur Casuistik des Carbolismus acutus (Observation d'empoisonnement aigu par l'acide phénique), par le Dr R.-U. KRÖNLEIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 51, 22 *déc.*)

Un malade du service de chirurgie avale, par mégarde, au lieu de séné, environ une demi-once d'une solution concentrée d'acide phénique cristallisé. Il ressent aussitôt une violente brûlure dans le pharynx et se met à faire d'énergiques efforts pour vomir, mais sans résultat. L'auteur arrive immédiatement après l'accident, trouve le patient le visage décomposé, anxieux, la respiration convulsive et très-agité. Comme il est impossible de lui faire prendre de l'eau, on provoque un vomissement en chatouillant l'arrière-gorge; les matières rendues exhalent une forte odeur phéniquée. Puis, à trois reprises successives, on opère le lavage de l'estomac en injectant de l'eau dedans; à sa sortie, ce liquide présente aussi une odeur caractéristique. Le malade vomit une seconde fois; pendant ces manœuvres, qui durent une heure, il est sans connaissance, dans une résolution complète, la bouche ouverte, les pupilles extrêmement étroites et insensibles à la lumière, la respiration stertoreuse, l'abdomen un peu météorisé et d'une coloration livide, les téguments baignés d'une sueur visqueuse; le pouls dur, irrégulier et d'une fréquence considérable, 184-204 pulsations par minute; au début, le thermomètre placé dans l'aisselle marque 36°, puis, peu à peu, il tombe à 35,2. Les bronches commencent à se remplir d'écume, on pratique une saignée de 5 onces; le sang retiré de la veine est très-noir, n'a aucune odeur et ne se coagule qu'imparfaitement et lentement. Le patient meurt 2 heures après l'ingestion du poison.

Autopsie. — Poumons crépitants hypérémiés. Cœur flasque contenant beau-

coup de sang noir et fluide. Foie petit, friable, congestionné. Rate peu volumineuse et grisâtre à la coupe. Reins normaux. Estomac très-dilaté, renfermant une certaine quantité de liquide un peu trouble et mêlé à des aliments; le contenu stomacal ne sent rien. Muqueuse gastrique, pâle, d'aspect gélatiniforme par places, ne présentant ni épaississement, ni érosion. Muqueuse de l'intestin grêle un peu œdématiée et injectée sur quelques points. — Muqueuse œsophagienne également un peu tuméfiée; partout son épithélium se laisse facilement soulever, surtout aux abords de l'estomac. Piqueté blanchâtre de la langue et du pharynx. Un peu d'œdème des replis ary-épiglottiques. — L'auteur, dans sa troisième tentative de lavage de l'estomac, avait éprouvé, soit en introduisant la sonde, soit en la retirant une certaine difficulté, comme s'il y avait du rétrécissement du calibre œsophagien. Moelle et méninges pâles mais normales.

Le sang extrait des cavités du cœur se comporte, quand on le laisse reposer, comme celui de la saignée; il se sépare en une couche supérieure mince d'aspect semblable à de la lie, et une couche inférieure plus considérable, d'apparence goudronneuse et ayant la consistance d'un liquide épais. Analyse chimique des viscères et des liquides. Impossible de constater la présence de l'acide phénique ni dans l'urine, ni dans le sang, ni dans le foie. On y parvient seulement pour les liquides stomacaux; après avoir été acidulés et soumis à des distillations répétées, ils finissent par acquérir l'odeur phéniquée et, traités par le chlorure de fer, fournissent la coloration bleu violet caractéristique.

Il ne faut pas oublier que le traitement subi par le malade (lavages stomacaux) explique très-bien les résultats restreints de ces recherches.

J. B.

Ueber tödtliche Vergiftung durch chromsaures Bleioxyd (Empoisonnement mortel par le chromate de plomb), par le Dr von LINSTOW, de Ratzebourg. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, 1874, n° 1.)

On ne connaissait jusqu'ici aucun fait d'intoxication par le jaune de chrome. Husemann, dans son traité de toxicologie, mentionne bien un empoisonnement causé par des pains à cacheter colorés avec du jaune de chrome, du vert de chrome et du sulfate de mercure, mais sans qu'on puisse spécifier à laquelle de ces substances les accidents furent dus. Dans l'ouvrage de Van Hasselt, revu par Henkel, on trouve écrite l'opinion que les combinaisons de l'acide chromique avec le plomb, l'argent, le mercure, etc. paraissent devoir surtout leurs propriétés toxiques à ces derniers. Bien plus, Robinson recommande, dans les empoisonnements par le chromate de potasse, l'acétate de plomb comme antidote, afin de donner naissance à un acétate de potasse et à du chromate de plomb, qu'il considère comme inoffensif à cause de son insolubilité dans l'eau. Pourtant on va voir que le jaune de chrome est un poison corrosif.

Deux petits garçons, l'un de trois ans et demi, l'autre d'un an trois quarts, mangent un certain nombre de corpuscules destinés à figurer des abeilles sur un gâteau en forme de ruche. — Quatre ou cinq heures après, tous deux sont pris de violents vomissements et d'une grande prostration des forces; les matières vomies étaient jaunes au début, malheureusement elles ne furent pas conservées; tout en devenant de plus en plus rares, les vomissements ne cessèrent qu'au bout de cinq heures.

Un médecin, appelé trois heures après l'accident, trouva les enfants agités, en proie à une soif ardente, le visage rouge, n'accusant aucune douleur et ne

présentant pas de diarrhée. On reconnut que les fausses abeilles étaient faites avec de la gomme adragante et du chromate de plomb. — Prescription de magnésie calcinée. — Le lendemain, les deux petits patients étaient devenus insensibles à tout ce qui se passait autour d'eux. Chez le plus jeune, il survint de la diarrhée, puis des convulsions dès midi ; il mourait quarante-huit heures après l'accident.

L'aîné, plongé dans un état soporeux, présentait un érythème du thorax et de l'abdomen. Temp. axill. soir, 39°5 (glace intra et extra, solulion de bicarbonate de soude). Le lendemain, intermittences et irrégularités du pouls; type respiratoire de Cheyne-Stokes. T. axill. soir, 39°6. Déglutition très-difficile, malgré la soif toujours intense (glace, injections sous-cutanées de quinine). — Le quatrième jour après l'accident : haleine fétide; l'érythème, la dysphagie et le sopor persistent; — soir, 39°2. — Enfin, le cinquième jour, odeur encore plus fétide de la bouche, déglutition presque impossible, intelligence très-atteinte, mort dans le collapsus à onze heures du matin.

Les deux autopsies ayant donné des résultats analogues, nous n'en reproduisons qu'une.

Autopsie de l'aîné, vingt-sept heures après la mort. Un peu de rigidité cadavérique. Sugillations étendues. Yeux enfoncés. Coloration un peu jaunâtre de la peau, surtout à la face. — Intestin légèrement verdâtre à l'extérieur. —Distension de la vésicule biliaire. Surface du foie brun pâle, avec quelques places plus claires; à la coupe, tissu ferme et pâle; dégénérescence graisseuse constatée au microscope. Muqueuse stomacale ramollie, se laissant facilement râcler; plis très-marqués au niveau de la grande courbure, coloration rouge blafard, brun rougeâtre, avec taches foncées près du pylore; sous la muqueuse, pointillé hémorrhagique très-abondant. — Épaississement des autres tuniques de l'estomac. — Muqueuse duodénale tuméfiée, ramollie et se laissant enlever par le grattage; injection très-considérable à la partie supérieure; une ulcération lenticulaire; par places, la muqueuse manque; en d'autres, les parois sont si minces qu'elles semblent prêtes à se rompre. — Rate brun clair, friable, 11 centimètres de long. — Reins très-congestionnés ; à la coupe, gouttelettes de pus paraissant venir des calices. — Vessie injectée et pleine d'urine. Poumons rouge pâle. Un peu de liquide jaunâtre dans le péricarde. — Vascularisation très-marquée du cœur, qui renferme des caillots nombreux dans les oreillettes, beaucoup moins abondants dans les ventricules. — Tuniques de l'œsophage très-injectées rouge brun; muqueuse détachée et suppurée dans toute son étendue, mais surtout vers l'extrémité supérieure. — Muqueuse du larynx et de la partie voisine de la trachée, mêmes lésions. — Foyer purulent dans l'amygdale droite; gangrène partielle de la gauche. — Adhérences très-fortes de la dure-mère au crâne. Vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang; même vascularisation dans les coupes.

L'analyse chimique des liquides (estomac, urine) et des viscères (estomac, foie) n'a fourni que des résultats complétement négatifs. — Chacun des enfants avait absorbé au plus 1 centigramme de poison.

J. B.

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

ANALYSES.

Clinical lecture on a case of aneurism of the arch of the aorta treated by galvano-puncture (Leçon clinique sur le traitement d'un cas d'anévrysme de l'aorte par la galvano-puncture; mort), par Charlton BASTIAN, University college hospital. (*Brit. med. journ.*, 22 *et* 29 *novembre* 1873, *pp.* 594 *et* 623.)

Le malade, du 8 au 18 octobre 1873, subit trois galvano-punctures faites en différents points de la tumeur. A chaque tentative on augmenta la force électrique de l'appareil. Il n'y eut ni douleur, ni eschare, ni hémorrhagie. Dans le cours du traitement il y eut même un peu d'affaissement et de diminution de la tumeur.

Le 29, après avoir eu pendant quelque temps, dans la dyspnée, une fièvre assez intense (la température monta jusqu'à 41°), le malade mourut brusquement. A ce moment la diminution énorme de la tumeur indique que la rupture de l'anévrysme seule est la cause de cette fin subite.

Le point le plus important de l'autopsie fut la recherche des lésions qui pouvaient avoir été produites par la galvano-puncture. Au niveau de la dernière ponction on rencontra une coagulation très-ferme et très-adhérente au sac. C'est tout à fait en dehors des piqûres que l'on put constater la présence de petites perforations, qui ont été favorisées par la ténuité excessive de la paroi du sac, celle-ci n'étant, dit l'auteur, pas plus épaisse qu'une feuille de papier. La perforation qui amena la mort se fit à la partie postérieure de la tumeur.

Bastian étudie, à la suite de cette observation, la cause et le mécanisme de la mort, les effets de la galvano-puncture, et il termine par des remarques très-judicieuses sur la manière d'appliquer ces courants et sur leur mode d'action. Il explique les accidents de dyspnée et de fièvre intense par la compression très-forte du pneumogastrique. Cette fièvre, et d'autres observations paraîtraient le prouver, surviendrait par ce mécanisme, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une complication inflammatoire. A propos des effets de la galvano-puncture, il fait observer que les cas d'anévrysmes sacciformes sont éminemment favorables à l'application de ce mode de traitement. Dans le cas précédent, un seul vaisseau émergeait du sac; dans cette variété d'anévrysme, l'oblitération peut être provoquée aisément par le courant électrique, comme l'ont démontré du reste

J. Duncan, Fraser et Holmes, soit d'emblée, comme la cessation rapide des battements l'a mis en lumière, soit progressivement.

Dans son observation le Dr Bastian a montré qu'à la 2e tentative le bruit produit par l'entrée du sang dans le seul vaisseau qui émergeât de la tumeur avait diminué et fini par cesser entièrement après la 3e application. Il était donc évident que le traitement commençait à agir d'une manière efficace quand des accidents indépendants de son action sont venus arrêter ces tentatives. L'auteur, rappelant les paroles d'Holmes, qui avait dit que le danger de cette thérapeutique était dans l'inflammation des parties traversées par les aiguilles, inflammation suivie de gangrène et d'ulcération, affirme que la méthode qu'il suit met à l'abri de ces redoutables conséquences. Il recommande de n'employer au début que des appareils d'une force modérée et de faire pénétrer dans l'intérieur du sac 1 ou 2 aiguilles, mises en rapport avec le pôle positif, tandis que l'on applique sur une autre partie de la tumeur une éponge rattachée au pôle négatif. Il interdit formellement la communication de l'intérieur du sac avec le pôle négatif.

Dans ce dernier cas, en effet, il y a un dégagement considérable de gaz qui nuit à la coagulation en l'empêchant de s'organiser, et peut provoquer de la sorte la formation d'embolies artérielles qui seraient mortelles pour le malade. Il redoute aussi par le même motif l'introduction d'aiguilles aux 2 pôles, et c'est là la raison pour laquelle il se contente d'appliquer à l'extérieur le pôle négatif par l'intermédiaire d'une éponge rattachée à ce fil. Ces précautions ont été suggérées à l'auteur par l'étude de l'action électrique sur l'albumine de l'œuf.

Enfin l'auteur termine par quelques considérations sur la forme et la matière des aiguilles à employer. Il recommande de les prendre aussi petites que possible, et recouvertes soit de zinc, prétendant que l'action chimique produite sur le zinc favorisera plus aisément la coagulation, soit plutôt d'un vernis isolateur; on évite ainsi l'inflammation des parties molles qui entourent la tumeur. Mais il est nécessaire que dans la tumeur et le long des parois l'aiguille ne soit pas revêtue de cet enduit, car la coagulation, sans cette précaution, n'adhérerait pas aussi aisément à la face interne du sac.

La période à laquelle il est permis de mettre cette thérapeutique en usage est ordinairement une période très-avancée de la maladie. A ce moment, quand la tumeur est très-proéminente et que les jours du malade sont comptés, cette méthode de traitement est, on peut le dire, l'unique moyen de salut. (V. *Rev. des sciences médicales*, t. II, p. 997.)

A. GOUGUENHEIM.

Manchester royal Infirmary. Intra-thoracic Aneurism treated by electrolysis (Infirmerie royale de Manchester. Anévrysme intra-thoracique traité par l'électrolyse), service du Dr BROWNE. (*The Lancet,* 23 *août* 1873, *p.* 264.)

William M..., 33 ans, jardinier, ayant les apparences d'une santé générale satisfaisante, est reçu à l'infirmerie le 26 octobre 1872. Modéré dans l'usage des spiritueux. Travaille par tous les temps possibles, dans les serres et au dehors, souvent mouillé jusqu'à la peau deux et trois fois en vingt-quatre heures.

Sept ou huit semaines avant son entrée, le patient nota, pour la première fois, l'existence d'une enflure dans le côté droit de la poitrine; d'abord indolent, ce point tuméfié devint, au bout de 10 jours, le siége d'une vive douleur irradiant vers le cou et l'épaule.

On trouve au niveau des deuxième et troisième cartilages costaux du côté droit une tumeur pulsatile, animée de mouvements d'expansion, et grosse comme une petite orange. Double choc très-distinct à l'auscultation. Le malade souffre moins quand il se tient droit, aussi lui permet-on de rester assis sur son séant toute la journée. Une épaisse plaque de cuir, convenablement rembourrée, le soulage également quelque peu.

Soixante centigrammes d'iodure de potassium, à prendre, trois fois par jour, dans une infusion de quassia.

Le 31 octobre, on constate que la tumeur a pris du volume et qu'elle atteint celui d'un poing de grosseur moyenne. La douleur est térébrante, et passe de l'épaule droite au coude correspondant. Pouls à 120, égal des deux côtés. On autorise le patient à chiquer, cette pratique diminuant les étourdissement qu'il éprouve.

Le 15 novembre, application de la galvano-puncture par Heath, d'après la méthode électrolytique recommandée par le docteur Althaus. L'aiguille négative est placée dans le côté droit du sac à la façon d'une valvule, et l'éponge est mise du côté opposé, sur la peau saine, un peu au delà de la tumeur. On se sert de la batterie Stohrer faite par Weiss. D'abord trois éléments sont employés, qui ne causent aucune souffrance bien que le courant produise avec facilité de l'iodure bleu d'amidon. Au bout de cinq minutes, on emploie six éléments, et neuf après cinq autres minutes. Le malade (seulement quand on l'interroge) dit alors ressentir une douleur nouvelle au niveau de la clavicule droite, à cinq centimètres et demi de l'acromion. Quinze éléments augmentent la douleur, sur quoi on termine l'opération en ôtant l'aiguille et pansant au collodion. Le pouls qui n'a cessé d'être à 108 est devenu plus faible, et les pulsations ont manifestement perdu de leur force. Le malade est invité à ne plus chiquer. La douleur produite par l'opération a disparu, mais une autre douleur, entièrement nouvelle, s'est développée, pendant la nuit, en avant de l'oreille droite.

Le 18, la tumeur est plus ferme au toucher, moins pulsatile ; elle mesure transversalement dix centimètres et demi, et verticalement onze centimètres un quart.

L'opération est répétée une seconde et une troisième fois, de la même manière, et toujours à la satisfaction du malade.

Le 20, la mensuration transversale donne treize centimètres un tiers, et la verticale moins de onze centimètres. Le malade ne souffre plus, quelle que soit la position qu'il prenne. Vers Noël, il demande et obtient son *exeat*, avec la faculté de venir à la consultation. Un repos complet d'esprit et de corps lui est strictement recommandé. Il est venu deux fois cette année donner de ses nouvelles, et dit s'être remis à de menus travaux tels que la greffe, l'inaction

complète lui étant insupportable. Au dernier examen les mesures étaient douze centimètres sept dixièmes sur environ dix centimètres. Le malade a continué à prendre la mixture d'iodure de potassium. P. GINGEOT.

De l'emploi des bains tièdes dans les maladies de poitrine et en particulier dans la phthisie pulmonaire, par le Dr SOUPLET. (*Arch. gén. de méd., nov.* 1873.)

L'auteur a entrepris à l'hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Lasègue, des expériences dont les résultats lui ont prouvé que les bains tièdes, loin d'être nuisibles dans les maladies de poitrine et en particulier dans la phthisie pulmonaire, sont au contraire suivis des meilleurs effets. La température de ces bains ordinairement simples, mais auxquels on peut parfois ajouter de faibles quantités de sulfure de potassium, de carbonates alcalins ou de sels de Pennès, doit être d'environ 3° au-dessous de celle du malade. La durée du bain doit être de 20 à 45 minutes; à cause de l'appétit qu'il provoque, il doit être plutôt administré avant le repas du matin ou celui du soir. On donne généralement un bain de deux jours l'un; mais on peut en donner un tous les jours pendant quelque temps lorsque les sueurs des phthisiques, sur lesquelles les bains tièdes ont une action puissante, n'ont pas encore notablement diminué.

Passant en revue les effets observés chez les malades, l'auteur étudie séparément les effets pendant et après l'immersion :

En général, ce qui doit régler la température du bain, c'est la température du malade. Ainsi, un bain à 37° et 38° est bon et tiède pour un malade dont la température est de 40° et même 41°, tandis qu'il est trop chaud pour un individu à température normale. Dans les 2 ou 3 premiers bains, le malade éprouve une très-légère oppression et un peu d'exagération des mouvements respiratoires pendant deux à cinq minutes, ce qui est dû à l'impression produite par le changement de milieu plutôt qu'à la pression exercée par le liquide sur la poitrine.

Chez les malades qui toussent beaucoup, la toux se calme dans le bain, l'expectoration devient plus facile, le pouls diminue de fréquence et la température s'abaisse.

Après l'immersion, le malade se trouve mieux, respire plus facilement, sent renaître son appétit, le pouls a diminué quelquefois de 12, de 20 et même de 28 pulsations, la température de près de 2° centigrades. Pour obtenir un abaissement de chaleur fébrile, il ne faut pas croire, comme le voulait Frohlisch, que la température du bain soit inverse de celle du corps, de telle sorte qu'il faudrait un bain à 15° quand le malade a 39°, un bain de 12° ou de 4° quand il a 40° ou 41°. Il

faut au contraire augmenter la température du bain avec l'élévation de la chaleur fébrile du malade. Sous l'influence de ces bains, chez les phthisiques, la fièvre est moins intense, les frissons sont retardés, et, chose importante, les sueurs nocturnes sont diminuées dès la 1re immersion, supprimées dès la 3e ou 4e.

C'est surtout au début de la phthisie que les bains exercent toute leur action, qu'ils modèrent la toux, favorisent le sommeil, font renaître les forces et qu'ils facilitent la respiration en agissant sur la peau dont la circulation est activée et les fonctions respiratoires supplémentaires sont ainsi ranimées. HENRI HUCHARD.

De l'apomorphine. — Recherches cliniques sur un nouvel émétique, par le Dr Victor BOURGEOIS. (*Thèse inaug., Paris*, 1874.)

Ce travail nous fournit l'occasion de présenter un résumé des connaissances récemment acquises sur ce nouveau médicament.

L'apomorphine a été obtenue pour la première fois en 1845 par un élève de Wœhler nommé Arppe (*sur un changement remarquable de la morphine sous l'influence de l'acide sulfurique*). En 1848, Laurent et Gerhardt (*Journ. de chimie et de physique*, 3e série, l. 24, p. 112), puis Anderson, Mathiessen et Wright, enfin Siébert (*Arch. der Heilkunde*, 1871) se sont successivement occupés à divers points de vue de ce nouveau corps. Mathiessen et Whight obtiennent l'apomorphine en introduisant la morphine pure avec un grand excès d'acide chlorhydrique dans un tube scellé (1 gr. de morphine pour 10 cent. cubes d'acide ordinaire à 35°) ; on chauffe au bain de sable pendant deux ou trois heures, la température restant stationnaire à 140° ou 150° ; puis on casse le tube, on dissout le contenu dans l'eau, on ajoute du bicarbonate de soude en excès, et il se forme un abondant précipité blanc grisâtre, composé d'apomorphine impure. On reprend le précipité par l'éther ou le chloroforme qui le dissolvent, tandis qu'ils ne dissolvent pas la morphine, on agite la solution éthérée ou chloroformique avec une petite quantité d'acide chlorhydrique concentré, et alors les parois du verre se recouvrent de cristaux formés de chlorhydrate d'apomorphine, dont la formule est :

$$C^{17}\ H^{17}\ Azo^{2}\ HCL.$$

Si on laisse tomber quelques gouttes de bicarbonate de soude dans une solution de ces sels, il se précipite une masse d'une blancheur éclatante, devenant rapidement verte au contact de l'air. C'est l'apomorphine :

$$C^{17}\ H^{17}\ Azo^{2}.$$

Le chlorhydrate d'apomorphine peut être employé par la bouche ou par la méthode sous-cutanée. Dans ce dernier cas, la dose est de 1 centigr. ; elle est de 3 cent. par la bouche. Pour les enfants et pour les femmes, il faut abaisser la dose de moitié, soit : 0,10 milligr. pour l'homme, 0,008 pour la femme et 0,006 pour les enfants. Comme on peut l'administrer surtout en injection sous-cutanée, l'auteur de cette thèse a dirigé de ce côté la plupart de ses recherches.

La solution la plus avantageuse est la solution au 100e, c'est-à-dire de 0,01 cent. sur 1 gr. d'eau distillée. Quand la proportion de ce sel est plus forte, elle se trouble, et si l'on ajoute une ou deux gouttes d'acide chlorhydrique pour l'éclaircir, il peut en résulter quelques phénomènes d'irritation locale qu'on peut toujours éviter en cherchant à obtenir des liqueurs aussi neutres que possible. Les solutions pour l'usage hypodermique et les potions doivent être préparées extemporanément parce que le chlorhydrate d'apomorphine s'altère rapidement et peut acquérir des propriétés sinon nuisibles, du moins différentes de celles que l'on veut obtenir.

L'apomorphine, pour être pure, doit être aussi blanche que possible, pulvérulente; la structure cristalline est une qualité. La solution doit être limpide, légèrement teintée de vert; si la teinte verte passe à l'émeraude sombre, elle n'est plus bonne; de plus, toute solution qui produira chez les malades, après son administration, une tendance invincible au sommeil, devra être considérée comme impure.

Effets physiologiques.— L'apomorphine, qui ne diffère de la morphine que par l'absence d'un équivalent d'eau, est douée de cette propriété négative d'une grande importance, d'être à peine toxique à des doses même considérables. Ainsi, un gramme d'apomorphine produirait la même série de phénomènes que 0,01 cent., et l'auteur de la thèse n'a pu empoisonner un chien même avec de fortes doses. Ce résultat singulier a certainement besoin de nouvelles confirmations.

Les expériences ont été faites sur le chien et sur l'homme : chez le chien, la dose minima pour faire vomir était de 3 milligr. A cette dose, le vomissement avait lieu au bout de 5 à 6 minutes. A des doses plus considérables (0,10 cent. à 0,20), les vomissements ont été plus rapides et plus violents, mais on n'a noté aucun autre accident. Ces expériences ont démontré que l'apomorphine est un émétique puissant et rapide ; après une ou cinq minutes, les vomissements surviennent brusquement sans avoir été précédés par des nausées; ils disparaissent brusquement aussi, et l'animal court avec autant de vivacité qu'auparavant.

Chez l'homme, l'injection de 0,003 mill. d'apomorphine n'a été suivie d'aucun résultat. A la dose de 0,006 milligr., les vomissements apparurent.

L'auteur étudie ensuite l'action locale du médicament et son action générale comprenant les effets : 1° sur les appareils circulatoire et respiratoire et sur la température ; 2° sur le tube digestif ; 3° sur le système nerveux.

L'action locale est presque nulle, l'apomorphine est très-peu irritante pour la peau et le tissu cellulaire ; elle ne détermine pas de douleur.

L'action sur le pouls a été étudiée par Siebert, qui a trouvé après l'injection quelques variations légères et irrégulières.

L'action sur le système nerveux est peu accusée, et l'apomorphine se distingue du tartre stibié parce qu'il ne déprime pas. On a seulement observé après le vomissement une certaine tendance au sommeil, ce qui pourrait très-bien être attribué à l'impureté, à l'ancienneté du produit et à sa transformation possible en morphine. Sur ce point, de nouvelles recherches sont nécessaires.

Les propriétés de l'apomorphine sont donc à peu près négatives, si l'on en excepte l'action vomitive qu'il possède. Cette action est rapide ; à la dose de 1 à 1 1/2 centigr., on peut s'attendre à des vomissements tout au plus séparés par un intervalle de 1/4 à 1/2 heure.

Emploi thérapeutique.— L'apomorphine diffère des deux principaux émétiques, l'ipéca et le tartre stibié : 1° parce qu'il est *seulement* doué d'une action vomitive ; 2° parce qu'il n'est jamais toléré par l'organisme, c'est-à-dire que des doses répétées du médicament sont suivies également toujours de vomissements répétés ; 3° parce qu'il peut être administré par la voie sous-cutanée. Cette dernière propriété en fait un médicament précieux dans le cas où un émétique est impérieusement commandé (croup, bronchite capillaire, œdème de la glotte, etc.). Les injections d'émétine qui ont été faites par M. d'Ornellas (*Bull. de thérap.* 1873), ont une action lente (de 1/2 heure à 1 heure). A côté de ces trois qualités principales : la sûreté, la rapidité et l'innocuité, se trouvent des inconvénients consistant dans la facilité de sa décomposition et dans l'élévation de son prix. Toujours est-il que ce nouvel émétique devra être employé surtout dans la médecine des enfants, des aliénés et dans certains cas d'empoisonnement. (V. *R. sc. méd.*, t. I, p. 855.)

HENRI HUCHARD.

Hygiène des hôpitaux. — Encombrement nosocomial. — Le nouvel Hôtel-Dieu; cours d'hygiène de M. BOUCHARDAT. (*Revue des cours scientifiques*, 13 *et* 20 *décembre* 1873.)

Dans ces intéressantes leçons, destinées à relever bien des préjugés répandus même parmi les médecins, M. Bouchardat s'attache

à faire ressortir ce fait, que ce n'est pas la réunion d'un très-grand nombre de malades dans un hôpital convenablement disposé qu'on doit surtout redouter, mais l'accumulation de certains malades dont les affections peuvent s'aggraver à l'hôpital et surtout se communiquer aux malades de la même salle.

Il s'occupe d'abord des hôpitaux consacrés à l'enfance : il montre combien la mortalité y est élevée ; la cause en est bien facile à comprendre : un enfant entre à l'hôpital pour une maladie légère il en guérit facilement, mais, pendant la convalescence, il est rare qu'il ne soit pas atteint d'une de ces maladies miasmatiques contagieuses qui règnent constamment dans ces asiles (variole, rougeole, scarlatine, coqueluche, croup). C'est que les enfants offrent un terrain vierge à ces maladies dont une première atteinte a une influence préservative sinon absolue, au moins suffisante pour ne pas faire craindre des dangers de ce genre dans les hôpitaux d'adultes. La conclusion c'est qu'il faut faire tout pour retenir, par des secours donnés à propos, les enfants au domicile de leurs parents.

Le danger de la réunion d'un grand nombre de femmes en couches est également mis en évidence : il meurt en moyenne une femme sur 29 dans les maternités et les hôpitaux ; en ville, il n'en meurt qu'une sur 212. Mais comme tous les faits s'accordent pour nous montrer que la voie ordinaire de transmission du ferment de la fièvre puerpérale est le contact ; que les intermédiaires les plus probables de cette transmission sont les opérateurs, leurs aides, les instruments, M. Bouchardat pense que le meilleur moyen d'empêcher le mal de se propager serait, dès qu'une fièvre puerpérale s'est manifestée, de transporter la malade dans une salle spéciale, avec recommandation expresse que les personnes qui la soignent, les objets de pansement qui lui sont affectés, n'aient aucun rapport avec les accouchées indemnes. Il est d'avis que, quand un accoucheur, une sage-femme, ont perdu une femme de la fièvre puerpérale, ils doivent, pendant quelques jours, s'abstenir de nouvelles opérations.

Passant aux salles de chirurgie et à l'étude de l'infection purulente, M. Bouchardat fait nettement ressortir ce fait que, si on ne peut encore être fixé sur la nature du ferment de l'infection purulente, on peut affirmer du moins que les ferments normaux de la fermentation putride ne sont pas les moteurs directs de l'infection purulente ; que la condition la plus sûre de la propagation de l'infection purulente, c'est la présence dans une salle d'un malade atteint de cette affection ; qu'ici encore ce n'est pas l'air qui est le véhicule de la transmission, mais que celle-ci se fait par contact, par l'intermédiaire des opérateurs, des aides, des instruments. Une nouvelle preuve à l'appui de cette manière de voir est l'excès de mortalité dans les hôpitaux ventilés (avec de l'air chaud en hiver).

« Cette infériorité des hôpitaux ventilés, dit M. Bouchardat, doit donner à réfléchir... Par l'introduction dans les salles d'un air constamment chauffé à 15 degrés centigrades, on se prive d'un moyen thérapeutique d'une grande puissance. Chez un malade dont tout le corps est bien défendu contre les refroidissements, l'introduction de l'air frais dans les poumons est un moyen thérapeutique héroïque. Cette réfrigération modérée continue est une des armes les plus sûres de la médication antiphlogistique. » Passant alors en revue les désinfectants de l'air, les fumigations guytoniennes, le professeur montre comment ces moyens, si vantés tout d'abord, ont dû être abandonnés dans la plupart des salles de chirurgie et dans les maternités : c'est que l'infection purulente, comme la fièvre puerpérale, se transmet par inoculation. La désinfection locale, celle des plaies, est bien plus légitime, et M. Bouchardat lui consacre quelques pages où il résume substantiellement les procédés de Lister, de Laugier, de Chassaignac, et enfin d'Alphonse Guérin.—Mais, en définitive, ici, comme pour l'affection puerpérale, un seul remède est souverain, c'est la dispersion ou l'isolement. Cet isolement relatif est facile à obtenir dans l'hôpital même; par exemple, pour la fièvre puerpérale « les salles consacrées dans les hospices aux femmes âgées sont très-nombreuses, dans chacune d'elles on pourrait réserver quelques lits... On obtiendrait ainsi la dispersion dans une salle encombrée en apparence. » — Pour la dispersion des malades atteints de blessures graves, les difficultés sont plus sérieuses ; nous ne suivrons pas le savant professeur dans l'exposé des mesures qu'il propose, et par lesquelles il aspirerait à former une plus riche pépinière d'opérateurs exercés qui rendraient facile la dispersion en ville ou dans les hôpitaux; M. Bouchardat regrette en effet la division absolue qui existe dans le travail de la pratique médicale, les meilleurs médecins devenant, après quelques années, étrangers à la chirurgie.

En résumé, le fait essentiel que ces leçons paraissent destinées à mettre en relief, c'est qu'on ne meurt pas plus dans les grands hôpitaux que dans les petits ; ce n'est pas l'encombrement absolu qui fait le danger, mais l'encombrement dans une même salle de malades appartenant à certaines catégories. Appliquant ces données à la question du nouvel Hôtel-Dieu, M. Bouchardat montre tout le parti que l'on pourrait tirer de cette construction, et déclare hautement que dépenser près de deux millions pour détruire une partie de ce qui a été édifié, c'est un acte que l'on ne saurait trop déplorer et contre lequel il ne cessera de protester.

M. DUVAL.

TRAVAUX A CONSULTER.

L'eucalyptus et ses propriétés fébrifuges, expérimentés pour la deuxième fois en Sologne, par le Dr E. BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, *t. LXXXV*, *p.* 529.)

Les résultats des premières observations du Dr Burdel ont été consignées dans le *Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXIV, p. 409. La seconde note dont il est question est rédigée d'après trente-trois observations dans lesquelles l'eucalyptus a réussi dix-huit fois. Burdel pense qu'aujourd'hui, après deux années d'expérimentation, il peut, en résumant les faits qui se sont passés sous ses yeux, apporter les conclusions suivantes, relativement à l'emploi de l'eucalyptus dans les fièvres.

L'action de ce remède, qu'on peut certainement considérer comme fébrifuge, est lente et se trouve loin d'être toujours constante.

Dans la fièvre quatridienne bénigne, l'eucalyptus réussit dans les quatre cinquièmes des cas; dans la fièvre tierce, dans les trois cinquièmes seulement; enfin, dans les fièvres quartes, il échoue presque complétement, c'est-à-dire dans les huit dixièmes. — Dans les saisons où la fièvre intermittente est le plus fréquente, c'est-à-dire endémique, les récidives, avec l'emploi de l'eucalyptus, arrivent bien plus souvent qu'avec la quinine. On peut néanmoins réussir à éviter les récidives en administrant l'eucalyptus plus fréquemment après quelques jours de repos seulement, et tant que la tolérance de l'estomac le permet. — Ce remède est complétement inerte dans la cachexie palustre.

Enfin, M. Burdel pense que s'il a obtenu, dans la seconde année de ses expériences, une proportion un peu plus grande de guérisons et un nombre moindre de récidives, c'est que, d'une part, il a associé l'eucalyptus aux toniques, tel que le vin généreux, le vin de quinquina, le fer, et qu'il tenait l'organisme en haleine par des doses fréquemment répétées.

L'auteur administrait l'extrait alcoolique d'eucalyptus en pilules de 15 centigrammes, au nombre de 4 à 10 par jour, suivant la forme de la fièvre, et en deux fois dans la journée. A. RABUTEAU.

Un signe de début du diabète, par le Dr FOLET. (*Bull. méd. du Nord, nos* 11 *et* 12, 1873.)

Une dame de 26 ans présentant extérieurement les signes de la plus florissante santé se plaignait de quelques pesanteurs après le repas, accompagnées de vertiges et de bouffées de chaleur. Mais quelques ongles des doigts et des orteils étaient tombés et laissaient à leur place le derme sous-unguéal recouvert d'un épiderme fin, rosé, nullement altéré. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans la matrice ou au pourtour de l'ongle. Le père de cette malade, qui n'était pas syphilitique, avait vu comme elle ses

ongles tomber sans douleur, sans suppuration, et dix-huit mois après le début des accidents, il était mort diabétique.

Ce renseignement donna à M. Folet l'idée d'examiner les urines de la malade, dans lesquelles on trouva 6 gr. de sucre par litre.

Il s'agit sans doute ici d'un trouble de circulation analogue à celui qui amène dans les cas de diabète plus avancé des gangrènes localisées des pieds et des mains. HENRI HUCHARD.

Note on guarana, par W. MACDOWAL. (*The Practitioner, sept.* 1873.)

D'après l'expérience de l'auteur, le guarana aurait une action incontestable sur la migraine. On sait du reste que les médecins qui l'ont employé ne sont nullement unanimes sur sa valeur. En lisant les cas rapportés par M. Macdowal, on voit que ce médicament doit être donné dès le début de l'accès à la dose de 1 gramme, et il agit en une demi-heure en arrêtant complétement l'accès ; une seule fois il fallut augmenter la dose : le succès fut du reste complet.

L'auteur l'a expérimenté aussi dans l'épilepsie et la manie; quoique les résultats soient jusqu'ici négatifs, il ne croit pas devoir conclure contre le médicament, ne trouvant pas que ses essais aient été assez nombreux.

Il a recherché aussi l'action physiologique de ce médicament sur l'homme sain, et conclut que cette action est tout à fait nulle; il ne constipe pas. A haute dose, il semble dissiper l'assoupissement. Action sur la température, nulle. H. CHOUPPE.

Of the use of chlorate of potash and glycerine injections for the ulcerations in chronic dysentery (De l'emploi du chlorate de potasse et de la glycérine en lavements pour guérir les ulcérations intestinales dans la dyssenterie chronique) par Théod. MEAD. (*New-York med. Journal, sept.* 1873, *p.* 265.)

Le traitement consiste à injecter deux ou trois fois par jour dans le rectum un mélange de : chlorate de potasse, une demi-drachme (1gr77); glycérine, 15 grammes ; eau tiède, de 90 à 120 grammes. Chaque fois le malade se met au lit et s'efforce de garder le lavement le plus longtemps possible. Les premiers sont fort douloureux et supportés à peine une demi-minute ; mais au bout de quelques jours la tolérance s'établit.

A l'appui de cette médication, l'auteur rapporte deux observations de dyssenterie chronique. Dans l'une d'elles, la maladie durait depuis sept ans. Il est impossible de juger la méthode sur un aussi petit nombre de faits, d'autant plus que tous les agents thérapeutiques, astringents, toniques, régime réparateur, ont été simultanément mis en usage.

H. DANLOS.

Kamala. Nuovo ed efficace tenifugo (Kamala. Tænifuge nouveau et efficace). (*Gaz. delle cliniche*, nº 8. — *Riv. di med., di chir. e di terap., avril* 1873.)

La kamala est une poudre rouge, légère, composée de poils glandulaires des semences des fruits de la *rottlera tinctoria*, arbre indigène de l'Inde, de l'Indoustan et de la Chine.

Cette poudre contient 40 0/0 de matière résineuse et de plus une matière colorante à laquelle est due son action anthelmintique; elle est limpide et inodore, aussi est-elle facile à prendre; elle a aussi une action purgative.

On se sert surtout de l'*extrait éthéré*.

La poudre se prend suspendue dans l'eau ou enveloppée dans du pain azyme à la dose de 2 grammes le soir en se couchant. Le lendemain matin on prend trois doses pareilles de demi-heure en demi-heure. S'il ne survient aucune évacuation une heure après la dernière prise, on administre un purgatif drastique.

Pour les enfants la dose est de 1 à 2 grammes. BARÉTY.

Ueber den Nutzen der Einführung grösserer Mengen von Flüssigkeit in den Darmkanal bei Behandlung interner Krankheiten (Des avantages de l'introduction de grandes quantités de liquide dans le canal intestinal, pour le traitement des maladies internes), par le prof. Fr. MOSLER; communication faite à la Société médicale de Greifswald. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 45.)

L'auteur établit d'abord, dans son travail, la certitude que l'eau injectée dans le rectum pénètre jusqu'au cœcum. On peut s'en convaincre déjà en constatant que la matité vient remplacer le son tympanique de la région iléocœcale; mais le fait devient tout à fait évident lorsqu'on fait l'injection chez un malade atteint d'une fistule stercorale dans le flanc droit. Simon (*Rev. sc. méd.*, t. I, p. 393) avait déjà proposé ce mode de traitement pour les différentes formes d'obstruction intestinale et d'étranglement interne. Mosler l'indique comme très-avantageux dans la dyssenterie; très-facile à mettre en œuvre, il permet, d'une part, de pratiquer des lavages de l'intestin, d'autre part d'introduire des médicaments astringents ou désinfectants. Il pourra aussi rendre des services en cas d'hémorrhagie intestinale, d'ictère catarrhal et de cholélithiase en activant la sécrétion biliaire ou en facilitant l'expulsion des calculs. Enfin, Mosler s'en est servi avec succès dans l'helmintiase (tænia, oxyures vermiculaires). J. B.

Ueber Therapie des Carcinoma uteri (Du traitement du cancer utérin), par le prof. SCHRŒDER. (*Sitzungsberichte der phys.-med. Societæt zu Erlangen*, 1873, *p.* 81.)

Pour le traitement du cancer utérin peu avancé et surtout limité au col, Schrœder dit s'être servi avec succès, dans deux cas qu'il relate, d'applications de tampons imbibés de teinture alcoolique de brome au cinquième. Il les applique après une vigoureuse cautérisation au fer rouge, lorsque l'eschare s'est détachée, et croit détruire ainsi à peu près radicalement les éléments pathologiques, tout en respectant les tissus sains. Il indique cependant la nécessité de garantir les parois vaginales et les narines de l'opérateur au moyen de tampons imbibés de bicarbonate de soude. Deux médecins anglais, Routh et Wynn Williams, ont les premiers employé ce moyen.

EXCHAQUET.

On digitalis in acute febrile diseases. (De la digitale dans les maladies aiguës fébriles), par le Dr ANSTIE. (*The Practitioner*, *sept.* 1873.)

Après avoir rappelé les expériences du docteur T. W. Grimshaw sur le typhus, M. Anstie fait remarquer qu'il ne faut pas limiter à cette affection l'étude de la digitale comme tonique du cœur : la marche du typhus est rapide, et de plus l'asthénie n'est pas sa terminaison ordinaire. L'on sait en effet que, dans le typhus sans complication, l'issue de la maladie dépend de la manière plus ou moins forte dont le système nerveux est pris, qu'ainsi l'asthénie a rarement une origine locale. Sans doute l'on a affaire, dans les cas funestes, non pas à une pure dégénérescence graisseuse, mais à des changements analogues à ceux décrits par Zenker dans les muscles striés des malades morts de fièvre typhoïde (et depuis par plusieurs autres auteurs dans les fièvres graves). Mais ces altérations, dit l'auteur, se rencontrent bien plus fréquement dans la fièvre typhoïde, dont la marche est beaucoup plus longue que celle du typhus, surtout dans la forme où la mort survient par arrêt du cœur dans une période avancée; c'est là en effet une cause de mort fréquente, ajoute-t-il, dans la fièvre typhoïde dont la durée dépasse quatre septénaires. Par suite de la gravité de l'attaque ou de celle des complications l'on trouve le pouls à 120, 150 pulsations avec une température centrale très-élevée, et cela pendant quatre ou cinq semaines. Cependant les complications inflammatoires ou les ulcérations intestinales disparaissent; puis le pouls commence à changer, mais au lieu de la diminution de la fréquence coïncidant avec une augmentation de la tonicité artérielle, l'on constate les modifications suivantes : entre chaque pulsation forte, plusieurs pulsations plus faibles; le pouls est presque aussi fréquent, mais de plus il est devenu irrégulier et intermittent. C'est dans ces conditions que l'arrêt survient, surtout chez l'adulte, les enfants ayant une persistance presque indéfinie de réparation. L'auteur explique ainsi l'augmentation de la mortalité de la fièvre typhoïde dans la

première partie de l'âge adulte. Il y a suivant lui, à cet âge, un changement dans la structure du cœur qui le rend moins apte à résister à l'influence d'une haute température et de battements fréquents pendant un temps prolongé.

« L'arrêt du cœur dans les maladies fébriles aigües dépend, dit-il, essentiellement de l'augmentation du nombre des contractions, d'une température élevée pendant un temps très-long, alors qu'une cause quelconque s'oppose à la réparation du tissu musculaire. »

Dans les maladies fébriles il en sera de même dès le début, si le tissu du cœur a été préalablement modifié par une dégénérescence pathologique, de manière à rendre sa réparation très-difficile; par suite danger d'arrêt du cœur dans le delirium tremens avec une température élevée, et pouls rapide si le malade est un buveur; et de même dans les maladies aiguës telles que la pneumonie ou l'érysipèle survenant chez des alcooliques.

L'état du malade avant l'invasion de l'affection aigüe devient donc une précieuse indication thérapeutique.

Quand à l'action de la digitale, soit que nous admettions la théorie de l'excitation du pneumo-gastrique, soit celle d'une action tonique directe sur la fibre cardiaque ajoutée à une excitation du système vaso-moteur produisant la contraction tonique des artérioles, le résultat est double :

1° Ralentissement des pulsations cardiaques ;

2° Augmentation de la puissance des contractions ventriculaires.

Puis l'auteur, passant à la discussion des doses, montre qu'il n'y a rien d'étonnant à voir des doses considérables supportées sans accident. A ce propos il cite l'exemple de Trousseau, de Hirtz, de Wunderlich qui administrèrent des doses énormes de digitaline d'Homolle et Quévenne, le premier dans des cas d'hémorrhagie utérine, les derniers dans la fièvre typhoïde.

Il explique cette tolérance par les expériences physiologiques modernes qui ont montré que l'action réelle de la digitale sur le cœur est stimulante et non pas paralysante; alors, tandis que sur l'homme sain, l'action de la digitale serait tétanisante à si haute dose, dans les cas d'hémorrhagie ou d'affaiblissement du cœur dans les fièvres graves, elle est à peine suffisante pour restituer à la fibre épuisée sa contractibilité.

H. CHOUPPE.

Sulla propilamina (De la propylamine), communication du prof. H. NAMIAS à l'institut royal vénitien. (*Bullettino delle sc. med. de Bologne, avril* 1873, *p.* 266.)

Des nombreuses observations qu'il a recueillies, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° On peut administrer la propylamine en commençant par des doses très-élevées, ainsi que l'a fait Awenarius, puis tripler, quadrupler et même plus. Donnez la propylamine à la dose de 2, 4, 5 grammes pour 24 grammes d'eau à prendre en 8 ou dix fois dans les 24 heures, puis dans l'espace de deux ou trois jours arrivez rapidement à la dose de 14 grammes pour la même quantité de véhicule et pour le même espace de temps.

2° De cette manière on se rend très-vite maître des rhumatismes musculaires fébriles et non fébriles.

3° Les effets les plus nets, outre l'atténuation de la maladie, sont : l'augmentation très-notable de la quantité des urines, et la diminution de l'animation du pouls. BARÉTY.

Ueber lokale Behandlung von Lungenkavernen (Du traitement local des cavernes pulmonaires), par le prof. Fr. MOSLER, de Greifswald. — Communication faite à la section de paihologie interne de la réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden, séance du 23 septembre 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n°* 43.)

L'auteur a eu soin de faire ses essais thérapeutiques sur des phthisiques très-avancés ; ils n'ont eu d'ailleurs aucun inconvénient pour les malades et même ont modifié heureusement quelques symptômes très-pénibles. Voici en quoi consiste la méthode de Mosler, sorte d'empyème pulmonaire. A l'aide d'une ponction ou d'une incision pratiquée sur la paroi costale, au niveau de la caverne, il introduit dans cette dernière une canule qu'il laisse à demeure. Mosler se propose ainsi un double but : l'écoulement au dehors des produits sécrétés dans l'excavation, la possibilité d'injections de liquides désinfectants, tels que : permanganate de potasse, acide phénique, teinture d'iode.

Ces injections, ou plutôt ces inhalations, faites dans la canule au moyen d'un pulvérisateur sont très-bien tolérées : on peut arrêter ainsi très-vite une hémoptisie, en pulvérisant du perchlorure de fer liquide. L'auteur a dû renoncer aux irrigateurs, qui amenaient de l'oppression et de la fièvre. L'autopsie d'un des malades a montré que la canule était bien parvenue au sein du tissu pulmonaire excavé. En terminant sa communication, Mosler émet l'idée que tôt ou tard on aura le courage de traiter les infiltrations pulmonaires comme les autres tumeurs parenchymateuses, par des injections médicamenteuses. J. B.

On ergot of rye (Sur l'ergot de seigle), par le Dr John DENHAM. (*Proceedings of the Dublin obstetrical Society for* 1872, *Dublin*, 1873.)

Ne pouvant nous étendre longuement sur cet intéressant mémoire ni sur la discussion à laquelle il a donné lieu au sein de la Société obstétricale de Dublin, nous nous bornerons à présenter ici les conclusions que l'auteur a cru pouvoir tirer de ses longues et nombreuses recherches :

1° Donné, même à hautes doses, à une femme enceinte, en tout autre temps qu'à terme, l'ergot de seigle n'a d'autre action que de déterminer des nausées et de l'anorexie.

2° Il ne produit aucun effet funeste snr le fœtus.

3° Lorsque l'avortement est commencé, l'ergot de seigle l'accélère manifestement et semble même agir d'une façon très-efficace.

4° Administré à la seconde période du travail, il exerce souvent une action très-salutaire ; mais si celui-ci ne se termine pas promptement l'ergot peut faire courir les plus grands dangers à l'enfant, non pas qu'il soit toxique, mais parce qu'il arrête la circulation et provoque des contractions utérines, qui par leur énergie et leur continuité déterminent à la longue la mort du fœtus.

5° Dans les hémorrhagies *post partum*, après l'expulsion du placenta, le Dr Denham ne croit pas que l'ergot de seigle exerce une grande influence sur l'utérus ; aussi use-t-il rarement de ce moyen en pareil cas.

L'auteur termine son travail en signalant les différents usages auxquels on a dernièrement appliqué ce médicament et il insiste particulièrement sur ses propriétés hémostatiques.

« Si une simple injection hypodermique de 5 grains d'ergotine, dit-il en terminant, peut arrêter le flux sanguin dans des cas graves d'hémoptysie, d'épistaxis, d'hématémèse, nous devons assurément essayer cet agent dans les métrorrhagies, qui sont, de toutes les hémorrhagies, les plus graves et les plus fréquentes. » LABADIE-LAGRAVE.

Ein transportabler pneumatischer Apparat [zur mechanischen Behandlung der Respirations-Krankheiten. — 2° Ueber die mechanische Wirkung des transportablen pneumatischen Apparates auf das Herz und die Blutcirculation (Appareil pneumatique transportable pour le traitement mécanique des affections respiratoires ; ses effets sur le cœur et la circulation), par le prof. L. WALDENBURG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nos 39 *et* 40, 46 *et* 47.)

Ein pneumatischer Doppel-Apparat zur mechanischen Behandlung der Respirationskrankheiten (Appareil pneumatique double pour le traitement des affections respiratoires), par le Dr v. CUBE, de Menton.

Einige Bemerkungen zum transportablen pneumatischen Apparat (Quelques remarques sur l'appareil pneumatique transportable), par le prof. L. WALDENBURG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1874, n° 4.)

Dans les chambres pneumatiques où l'on renferme le malade, non-seulement il inspire, mais il expire aussi dans l'air comprimé et la pression s'exerce aussi bien à la surface du corps que sur les poumons.

Hauke, dès 1870, pour remédier à cet inconvénient, imagina un appareil (Voy. *Rev. sc. méd.*, I, p. 290) permettant d'inspirer dans l'air comprimé et d'expirer dans l'atmosphère libre ou bien d'inspirer au sein de celle-ci et d'expirer dans l'air raréfié, par exemple. C'était un grand progrès, si l'on songe que le pneumatomètre montre que la dyspnée et les troubles respiratoires ne reconnaissent pas une cause unique et qu'il faut distinguer des cas qui tiennent à l'insuffisance de l'inspiration, ceux dus à l'insuffisance de l'expiration ou bien encore à l'insuffisance de l'une et de l'autre.

Mais Waldenburg trouve à l'appareil de Hauke deux défauts : il lui

reproche de n'être pas assez puissant et de n'avoir pas des effets constants. Son nouvel appareil ne présente pas les mêmes inconvénients et il offre de plus l'avantage que le patient peut le faire fonctionner lui-même sans aide aucun. L'appareil de Waldenburg, construit sur le même principe que celui de Hauke, est décrit en détail dans le mémoire de l'auteur avec planches explicatives. Ici l'on se contentera de reproduire les principaux résultats expérimentaux.

Action sur l'appareil respiratoire. — Les personnes saines ou malades qui *inspirent de l'air comprimé* éprouvent tout d'abord un sentiment d'oppression qui cesse bientôt grâce à une suractivité des muscles respiratoires; elles subissent alors une sensation tout opposée et très-agréable.

L'expiration dans l'air raréfié détermine un sentiment de compression du thorax, surtout à sa partie inférieure; il semble aux patients qu'on presse de bas en haut sur leur ventre, qu'on refoule leur diaphragme. L'inspiration d'air comprimé et l'expiration dans l'air raréfié élèvent constamment d'une part la capacité pulmonaire vitale, d'autre part l'énergie de l'inspiration et de l'expiration mesurées au pneumatomètre.

Dans l'*emphysème* l'expiration dans l'air raréfié est le traitement curatif par excellence, le seul qui réponde aux indications.

Action sur l'appareil circulatoire : — A) *Inspiration d'air comprimé :*

1° Elévation de la pression dans le système aortique; pouls tendu, dur.

2° Afflux du sang augmenté dans le même système; plénitude du pouls.

3° Obstacle à l'arrivée du sang veineux dans le ventricule droit; turgescence des jugulaires.

4° Augmentation de la masse sanguine contenue dans la grande circulation et diminution du contenu sanguin dans la petite.

5° Fréquence du pouls peu modifiée, quelquefois ralentie.

B) *Expiration dans l'air comprimé:* Mêmes résultats mais plus marqués.

C) *Inspiration d'air raréfié :* Effets complétement opposés :

1° Diminution de pression dans le système aortique; pouls moins tendu, mou, facilement dépressible.

2° Arrivée d'une moindre quantité de sang dans ledit système; pouls moins plein, ondée petite.

3° Afflux du sang veineux dans le ventricule droit.

4° Surcroît de sang dans la petite circulation.

5° Pouls un peu accéléré.

D) *Expiration dans l'air raréfié :* Mêmes effets, mais beaucoup moins tranchés.

Indications de l'air comprimé. — Dans toutes les affections du cœur où il existe un obstacle au départ du sang des poumons ou du ventricule gauche, rétrécissements et insuffisances valvulaires du cœur gauche.

Contre-indications. — Congestion cérébrale; dégénérescence athéromateuse et graisseuse des vaisseaux.

Indications de l'air raréfié : Affections valvulaires du cœur droit.

Contre-indications. — Hémorrhagies pulmonaires.

Cube a inventé un appareil double qui permet en même temps d'inspirer de l'air comprimé et d'expirer dans l'air raréfié.

Waldenburg fait la critique de cet appareil qui est compliqué, dispendieux et non portatif. De plus, selon lui, il ne répond à aucune indication formelle et son emploi peut offrir des inconvénients. Il est dangereux en effet de soumettre les poumons à des alternatives de dilatation considérable et de rétraction extrême, et le péril est encore plus grand pour le cœur soumis à des variations de pression si grandes. Ce sont ces divers motifs qui ont fait renoncer W. à marcher dans la même voie que Cube; d'ailleurs il suffirait de mettre en communication deux de ses appareils transportables pour obtenir les mêmes résultat qu'avec celui de Cube. J. B.

Ueber die Anwendung und Wirkung subcutaner Ergotin-Injectionen bei Blutungen (De l'emploi et du mode d'action des injections sous-cutanées d'ergotine, dans les hémorrhagies), par le Dr DRASCHE. (*Œsterr. Zeitschr. f. praktische Heilkunde, nº 49-52, déc. 1873.*)

Se fondant sur la pratique de l'hôpital J. et R. de la Rudolfsfiftung, à Vienne, l'auteur conseille, dans le traitement des hémorrhagies et notamment des hémoptysies, l'emploi d'injections sous-cutanées d'ergotine. Il recommande de préférence l'emploi d'une solution de 0,25 centigrammes d'extrait alcoolique d'ergot de seigle dans 4 grammes de glycérine.

D'expériences faites sur l'homme sain, il a cherché à déterminer le mode d'action de ce médicament, et il est arrivé aux résultats suivants :

L'injection sous-cutanée de 0,05 à 0,10 centigrammes d'extrait alcoolique d'ergot de seigle est suivie d'un ralentissement du pouls de 4 à 6 pulsations; les tracés sphygmographiques permettent de conclure à une diminution du calibre des artères. La température est élevée de quelques dixièmes de degré. Les fonctions respiratoires, digestives, urinaires ne sont nullement influencées; aucun phénomène n'a été remarqué du côté du système nerveux.

La réaction locale est assez forte: rougeur, chaleur, et même douleur et gonflement au lieu de l'injection; mais elle se termine par résolution. Ces phénomènes sont plus marqués quand la quantité de substance injectée est plus considérable, ou quand on remplace la solution glycérinée par une solution aqueuse et non filtrée. H. THORENS.

Sur les diverses conditions dans lesquelles le plomb est attaqué par l'eau; note de Ad. BOBIERRE. — Sur l'emploi des tuyaux de plomb pour la conduite et la distribution des eaux destinées aux usages alimentaires; note de M. CHAMPOUILLON. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences, 1er déc. 1873.*)

Ces deux notes arrivent à peu près à la même conclusion. A l'exception des eaux pluviales ou distillées, dit M. Bobierre, les eaux potables n'attaquent en général les tuyaux de plomb d'une manière sensible que si la surface métallique est alternativement en contact avec l'air et avec l'eau.

Il ajoute qu'une série particulière de recherches lui a démontré que la plus grande quantité de matière vénéneuse d'un liquide plombifère obtenu par le contact de l'eau ordinaire avec des tuyaux de plomb est en suspension, et que la filtration de cette eau sur du calcaire lui ôte toute propriété toxique.

M. Champouillon montre que toutes les casernes, tous les hôpitaux militaires de Paris reçoivent leurs eaux potables par des conduits de plomb, et que cependant depuis 1845 il n'a pas été signalé un seul cas d'intoxication saturnine.

Les eaux potables qui alimentent les casernes de Paris, contenant de 15 à 60 centigrammes de principes salins en dissolution, il est naturel que le personnel de la garnison n'ait jamais offert d'accidents plombiques, car il est démontré que dès que les eaux potables contiennent, par litre, de 15 à 20 centigrammes de sels minéraux, et particulièrement de sels de chaux, tout danger d'empoisonnement par les conduits de plomb est absolument nul. M. DUVAL.

Des conditions dans lesquelles le plomb est attaqué par l'eau, note de M. A. BOBIERRE. — Remarques de M. BELGRAND sur les conditions dans lesquelles le plomb est attaqué par l'eau. — Action des eaux économiques ordinaires et distillées, ainsi que de l'eau de mer distillée sur le plomb et les refrigérants en étain, etc., note de M. L. BESNOU. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 2 *février* 1874.) — **Action de l'eau sur le plomb, note de M. BALARD.** (*Compt. rend.*, 9 *févr.* 1874.)

Ces différentes communications arrivent à peu près aux mêmes conclusions :

Pour M. A. Bobierre, le sulfate de chaux, et, vraisemblablement, les sels calcaires en général, préservent le plomb de l'action altérante de l'eau ; mais il y a lieu toutefois de ne pas regarder cette préservation comme absolue lorsque le métal est au contact de l'eau et de l'air atmosphérique ; dans les tuyaux de plomb, agissant sous charge, et, par suite, constamment pleins de liquide, l'eau potable n'altère pas sensiblement ce métal.

M. Belgrand montre, d'après une lettre du Dr Lesheby, de Londres, que dans cette capitale le développement des branchements en plomb est incomparablement plus grand qu'à Paris, et que néanmoins jamais la présence du plomb n'a été constatée dans les eaux publiques de cette ville.

Pour M. L. Besnou, en passant par le conduit le plomb de la chaudière alimentaire de l'appareil distillatoire d'un bâtiment, l'eau de mer reçue dans la chaudière n'a donné aucune trace de plomb ; elle n'a donc en rien agi sur le conduit pendant son parcours. A plus forte raison le passage des eaux économiques dans les conduits d'eau des villes, où il est continuel et assez rapide, ne peut donner lieu à la dissolution notable du plomb. M. DUVAL.

Action de l'eau sur le plomb, note de M. H. MARAIS. (*Compt. rend. de l'Acad des sciences*, 29 *déc.* 1873.)

Expérimentant sur les rognures de plomb, M. H. Marais arrive à ce résultat que l'eau potable attaque le plomb, quand même elle contient un excès de carbonate et de bicarbonate calcaires ; il se forme du carbonate de plomb qui se dépose sous forme de fine poussière blanche.

(Pour les notes antérieures relatives à la question du plomb dans les eaux potables, voy. *Rev. med.*, 1874, t. III, p. 327.) M. DUVAL.

Action de l'eau aérée sur le plomb, considérée au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale ; par M. FORDOS. (*Journal de Pharmacie et de Chimie, t. XIX, janvier* 1874.)

M. Fordos pense que les eaux de la ville de Paris qui ont traversé des conduites de plomb, ne contiennent pas une quantité de sel de plomb assez considérable pour que leur usage puisse être dangereux. En opérant sur 10 litres d'eau de la pharmacie de l'hôpital de la Charité, il n'a, en effet, rencontré que des traces de plomb.

L'emploi du plomb pour rincer les bouteilles présente un danger tout autre.

Les expériences de M. Fordos prouvent que 250 grammes d'eau, de vin rouge, de vin blanc, de vin de quinquina, de vinaigre mis en contact avec du plomb ou bien introduits dans des fioles rincées au plomb, se chargent d'une quantité notable de plomb.

Ainsi, le vin en bouteilles, qui est de consommation journalière dans les grandes villes et surtout à Paris a dû, « dans beaucoup de circonstances, » occasionner des affections plus ou moins graves dont la cause est restée inconnue.

Au point de vue de la médecine légale, les experts devront tenir compte de la présence du plomb dans les organes à *l'état normal*, et si cette quantité est minime, il y aura lieu de s'enquérir de la pureté des boissons alimentaires, ces boissons pouvant contenir accidentellement des sels de plomb.

L'eau de la Seine et l'eau de l'Ourcq attaquent le plomb, par M. FORDOS.

Note qui suit la précédente et dans laquelle M. Fordos étudie l'influence que peuvent exercer sur la réaction plombique la nature de l'eau ou la grosseur de la grenaille de plomb employée.

Des expériences faites dans ce but, il résulte :

« 1° Que l'eau de Seine et l'eau de l'Ourcq attaquent le plomb, seulement plus lentement que l'eau distillée ;

« 2° Que l'action est d'autant plus rapide que le plomb est plus divisé ;

« 3° Que l'action se produit plus rapidement avec du plomb ayant servi qu'avec du plomb neuf ;

« 4° Que le produit de l'action de l'eau de Seine et de l'eau de l'Ourcq sur le plomb est formé de carbonate de plomb et de carbonate de chaux

et que ces eaux, après la réaction, ne renferment pas de plomb à l'état de dissolution, ou seulement une quantité infinitésimale. »

On peut expliquer comme il suit l'action de l'eau distillée et des eaux calcaires sur le plomb :

L'acide carbonique libre de l'eau distillée peut immédiatement, en présence du plomb et de l'oxygène de l'air, former du carbonate de plomb.

Dans les eaux calcaires, l'acide carbonique est combiné au carbonate de chaux, à l'état de bicarbonate. Quand on agite cette eau calcaire avec du plomb, le bicarbonate perd une partie de son acide carbonique, laquelle partie entre alors en combinaison avec le plomb en présence de l'oxygène de l'air et forme du carbonate de plomb qui se dépose. En même temps, le carbonate de chaux se précipite. De là, la présence des deux sels, carbonate de chaux et carbonate de plomb dans le produit de la réaction.

Les mêmes actions chimiques se passent dans les conduites d'eau en plomb; elles s'expliquent de la même manière; elles sont seulement plus lentes.

Le carbonate de plomb et le carbonate de chaux qui se déposent sur les tuyaux de plomb forment un enduit préservateur. Mais au début de la pose, n'est-il pas possible que l'eau entraîne des particules de plomb carbonaté. C'est, dit l'auteur, un point à éclaircir.

BOCHEFONTAINE.

Quelques remarques sur le mouvement de la population de Paris à un et deux siècles d'intervalle, par MM. A. CHEVALLIER et G. LAGNEAU. (*Ann. d'hyp. publ. et de méd. lég.*, 1873, *t. XL, p.* 54.)

Il ressort des recherches de ces auteurs sur le mouvement de la population parisienne, à trois périodes séculaires successives :

1° Que les naissances qui, pour un mariage, étaient au nombre de cinq au XVIIe siècle, au nombre de plus de quatre au XVIIIe siècle, ne sont plus actuellement qu'au nombre d'un peu plus de trois; diminution énorme de près de deux cinquièmes en deux siècles.

2° Que l'excédant des naissances sur les décès, très-minime, seulement de $\frac{67}{10000}$ au XVIIe siècle, de $\frac{147}{10000}$ au XVIIIe siècle, est actuellement de $\frac{1427}{10000}$, c'est-à-dire d'un septième, accroissement considérable qui, joint à la plus grande uniformité de la série annuelle des décès, semble témoigner d'une amélioration notable des conditions démographiques de cette population; quoique cependant, si l'on tient compte des mouvements migratoires considérables qu'elle présente annuellement, on reconnaisse qu'elle offre encore une énorme mortalité, bien plus forte que celle de la population de la France en général.

A. RABUTEAU.

L'expéditon anglaise de la côte d'Or; étude d'hygiène militaire et de géographie médicale, par Léon COLIN, professeur au Val-de-Grâce. (*Gazette hebdomadaire*, 1874, *nos* 3 *et* 4.)

Au moment où l'auteur a écrit cet intéressant article, l'Angleterre était aux prises avec la tribu des Ashantis. On devait par conséquent transporter dans la Guinée septentrionale des troupes nombreuses d'Européens. Si l'on songe que l'insalubrité du climat est telle que la mortalité était de 50 pour 100 par an à une époque où l'on n'avait pas pris le parti de ne placer dans ce pays, pour y tenir garnison, que des soldats de couleur, on comprendra que l'ennemi le plus terrible n'était pas une tribu de gens sans armes et sans discipline.

M. Colin énumère d'abord les diverses affections auxquelles seront exposés les soldats anglais, puis il nous fait connaître les mesures adoptées par l'amirauté anglaise en vue de diminuer la mortalité dans le corps expéditionnaire.

Les troupes seront exposées: 1° aux fièvres palustres revêtant les types rémittent et continu, ou prenant la forme d'accès pernicieux. On aura également à craindre la fièvre bilieuse, dite aussi fièvre jaune palustre, que l'on doit complétement séparer du vomito-negro, malgré des ressemblances assez grandes; 2° peut-être à la fièvre jaune, mais, malgré le bruit erroné qui a déjà couru de son explosion à bord de plusieurs bâtiments, il est permis d'espérer que l'armée anglaise n'aura pas à lutter contre cette terrible affection. A la vérité la fièvre jaune peut naître, et elle est née, en ce siècle même, sur la côte occidentale d'Afrique. Toutefois il est à remarquer que c'est presque toujours du mois de juin au mois de septembre que le mal a fait son apparition sur le littoral au nord de l'équateur; 3° à diverses maladies du tube digestif et de ses annexes, particulièrement à la dyssenterie aiguë et aux hépatites; 4° aux vers de Guinée: mais la chaussure des troupes, plus complète que celle des indigènes, les en préservera presque complétement.

Pour affronter tous ces périls, le commandant en chef, sir G. Wolseley, a demandé des régiments d'élite venant de la mère patrie. Il préfère ces troupes à celles déjà acclimatées qui tiennent garnison aux Antilles, parce que leur énergie sera plus grande et l'action plus rapide. Ces troupes ne séjourneront pas sur le littoral plus dangereux que l'intérieur du pays. On ne séjournera pas non plus sur les points où les Ashantis ont stationné dans leur retraite et qu'ils ont infecté de leurs cadavres sous l'influence d'une double épidémie de variole et de dyssenterie. Afin d'éviter aux malades le séjour sur le sol au voisinage de la mer, l'amirauté vient d'envoyer à la côte d'Or un vaste et luxueux bâtiment qui deviendra un hôpital flottant. En outre les convalescents seront transportés rapidement dans des dépôts, à Gibraltar, à Sainte-Hélène, à l'Ascension en attendant leur rapatriement. Indépendamment de ces mesures, le commandant en chef a prescrit un nombre réglementaire de pauses d'une durée déterminée, dans chaque marche, dix minutes pour chaque heure de trajet accompli. Enfin, on a assuré au corps médical toutes les ressources et tous les approvisionnements possibles.

A. JOFFROY.

Relation d'une épidémie très-grave d'ophthalmies purulentes, observée, en 1872, à l'hospice Saint-Stanislas, de Nancy, et traitée sous la tente, par le Dr Émile PARISOT. (*Revue médicale de l'Est, févr.* 1874.)

Au moment de l'annexion de l'Alsace-Lorraine à l'Allemagne, la population de l'hospice Stanislas (orphelins et enfants assistés) fut portée tout d'un coup de 140, chiffre habituel, à 353. Il est intéressant d'ajouter qu'à côté de cet hospice existe une école de jeunes filles habitée par 300 personnes environ. Sous l'influence de cet encombrement et de l'état misérable des malheureux enfants annexés se développa une épidémie d'ophthalmies purulentes, sans qu'il fût possible de démontrer d'une façon précise si la maladie avait été importée du dehors.

Le médecin en chef de l'établissement prit aussitôt des mesures énergiques et fit transporter ailleurs et isoler les jeunes malades. Sous l'influence de moyens hygiéniques et d'un traitement très-bien entendu, le fléau sembla s'éteindre. Dans cette première phase de l'épidémie, 25 enfants avaient été atteints ; une petite malade perdit les deux yeux, deux autres enfants perdirent un œil. La maladie ne tarda point cependant à reparaître sous l'influence des mêmes causes que la première fois; on isola immédiatement les enfants atteints d'ophthalmie, et l'hospice Stanislas fut préservé. Mais le mal ne tarda pas à prendre une grande intensité chez les enfants isolés, qui avaient été installées par ordre de la préfecture et malgré l'avis formel du médecin en chef de Saint-Stanislas dans un local ne présentant point toutes les conditions hygiéniques désirables. Pour combattre un état de choses qui devenait effrayant, M. Parisot obtint de l'administration l'autorisation de transporter ces enfants dans un véritable petit camp formé de grandes tentes fournies par le ministère de la guerre, et installé dans d'excellentes conditions, au voisinage de la ville de Nancy.

Le succès de cette mesure hardie fut complet; les ophthalmies s'amendèrent avec une rapidité merveilleuse, et voici, en résumé, les résultats obtenus :

Sur 83 enfants traités sous la tente, mortalité nulle; on nota simplement deux indispositions intercurrentes légères. Quant aux conséquences de l'opthalmie elle-même, 3 enfants restèrent aveugles (non encore d'une manière définitive) et 19 conservèrent des traces plus ou moins graves auxquelles il sera possible de remédier par un traitement chirurgical (affections de la cornée, leucoma, hernie de l'iris, staphylômes, etc.).

L'auteur de la relation de cette épidémie a noté en outre les particularités suivantes :

1° Les traitements classiques (collyre à l'azotate d'argent) avaient plutôt pour effet d'aggraver la phlegmasie et d'entretenir la suppuration ; de simples lotions à l'eau fraîche et l'application de compresses froides fournirent au contraire d'excellents résultats.

2° Les petites filles furent atteintes plus gravement que les garçons et furent plus sujettes aux rechutes que ceux-ci. L'ophthalmie épidémique éclaircit un peu les cornées d'une petite fille atteinte d'un double pannus d'origine scrofuleuse ; ce fait viendrait donc à l'appui d'une méthode de traitement préconisée contre le pannus, à savoir l'inoculation du virus blennorrhagique.

Nous ne reproduirons pas ici les mesures proposées par l'auteur pour éviter à l'avenir les épidémies d'ophthalmie purulente. Bien connues des médecins, elles ne semblent guère appréciées par les diverses administrations, puisqu'à l'hospice des Enfants assistés de Paris l'ophthalmie purulente est, en quelque sorte, à l'état endémique depuis un grand nombre d'années. L. E. DUPUY.

Influence du mode d'installation nosocomiale sur les maladies infectieuses et contagieuses, par L. COLIN, professeur au Val-de-Grâce. (*Gaz. hebd. de méd. et de ch.*, 1873.)

Partisan convaincu de la nécessité d'isoler autant que possible, dans des hôpitaux spéciaux, les individus atteints de maladies infectieuses et contagieuses, M. L. Colin démontre que le rapprochement de ces malades et leur réunion dans les mêmes locaux n'ont pas d'influence sur l'évolution générale de leur affection. M. L. Colin en a fait l'expérience, en ce qui concerne la variole, dans l'hôpital de Bicêtre en 1870-71, où furent réunis près de 8,000 varioleux en l'espace de quelques mois. Il admet qu'il en serait de même pour la scarlatine, mais est moins affirmatif vis-à-vis de la rougeole. Au Val-de-Grâce, en 1861, lors d'une épidémie de cette fièvre éruptive, M. Laveran rapportait la mortalité tout exceptionnelle qui sévit alors sur les rubéoliques, moins au rapprochement des malades qu'aux conditions hospitalières mauvaises où se trouvait alors cet hôpital, encombré de blessés (guerre d'Italie) et de dysentériques... Par contre, en 1873, à l'hôpital des Enfants assistés, Ferrand (*Union médicale*, 23 oct. 1873) et Oyon (*Thèse de Paris*, 1874) rapportent à ce rapprochement l'aggravation de l'épidémie rubéolique chez les enfants.

Le rapprochement des malades ne saurait être admis dans les cas où il s'agit d'une infection reconnaissant l'organisme humain comme point de départ ; telles sont les affections typhoïdes, le typhus exanthématique en particulier. Ici le principe inverse doit l'emporter : la dissémination donne toujours les résultats les plus heureux.

En ce qui concerne le choléra, M. Colin se prononce ouvertement pour la création de services, ou plutôt d'hôpitaux spéciaux. L'expérience des faits prouve clairement que, d'une part, la dissémination des cholériques dans les hôpitaux généraux tend à répandre aussi l'épidémie elle-même, tandis que, de l'autre, la réunion des cholériques dans de mêmes milieux, ne semble pas influer sur l'évolution de chaque cas particulier.

Dans tous les cas, l'aération, la ventilation et tous les soins généraux d'hygiène hospitalière ne doivent point faire défaut, mais se multiplier au contraire, surtout lorsqu'il s'agit de maladies, à proprement parler, infectieuses, comme les typhus ; à celles-là les tentes et les baraques paraissent spécialement convenir. G. MORACHE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

ANALYSES.

I. — Lectures on hospitalism, and the causes which determine the mortality after amputations (Leçons sur l'influence nosocomiale et les causes de la mortalité après les amputations), par John-Eric ERICHSEN. (*The Lancet*, 17 *janv.* 1874, *I*, *p.* 84; *id.*, 24 *janv.*, *p.* 122; *id.*, 31 *janv.*, *p.* 151.)

II. — An address on pyæmia in private practice (Discours sur l'infection purulente dans la pratique privée), par Prescott HEWET. (*The Lancet*, 31 *janv.* 1874, *I*, *p.* 154; *id.*, *Med. Times and Gaz.*, 31 *janv.* 1874, *I*, *p.* 119.)

I. — Dans une série de leçons faites à *University College Hospital*, Erichsen s'attache à montrer que la mortalité, après les grandes amputations, en particulier, n'a pas diminué dans ces dernières années, malgré les progrès de la chirurgie, et qu'elle est surtout très-élevée dans les hôpitaux, par suite de causes qu'il croit possible de déterminer et de faire disparaître. Le terme « *hospitalism* » qu'il propose pour désigner l'ensemble de ces causes répond assez bien à l'expression d' « *influence nosocomiale* » usitée chez nous.

La statistique de quatre-vingts grandes amputations pratiquées de juillet 1870 à décembre 1873 à *University College Hospital* donne les chiffres suivants : amputations primitives : mortalité 36 pour 100 ; amputations secondaires : mortalité 36, 3 pour 100 ; amputations pathologiques : mortalité 18, 1 pour 100. La mortalité pour l'ensemble de ces amputations s'élève donc à 26, 2 pour 100, chiffre bien inférieur à celui de la mortalité des hôpitaux de Paris. Sur un total de 631 grandes amputations pratiquées dans les différents hôpitaux de Londres, Erichsen trouve une mortalité de 37, 8 pour 100, et, quoique ce chiffre soit moins élevé que celui de la mortalité dans les hôpitaux du continent, l'auteur fait remarquer que, pour ce qui concerne l'Angleterre, il n'a pas diminué pendant ces trente-cinq dernières années et qu'il s'est même un peu élevé.

Les causes les plus habituelles de la mort après les amputations et les grandes opérations sont le « *shock* » et l'*infection purulente*, à l'étude desquels est consacrée la deuxième leçon. La mort est survenue par suite du *shock* dans la proportion de 10 pour 100, et de l'infection purulente dans la proportion de 36 pour 100, sur le nombre total des morts consécutives aux grandes amputations.

L'*encombrement*, d'après Erichsen, détermine dans l'atmosphère une modification qui, suivant les circonstances, produit des maladies différentes. Dans les salles qui ne renferment pas de blessés, elle engendre certaines variétés de typhus. Chez les individus atteints de blessures ou de plaies, elle fait naître la gangrène d'hôpital, la septicémie, la pyémie ou l'érysipèle. Une fois produit, le poison est susceptible d'être transmis par l'atmosphère. Du reste, l'encombrement est relatif et ne suppose pas nécessairement la réunion d'un grand nombre de blessés réunis dans un même local. Il suffit que le nombre des blessés dans un même lieu soit supérieur à celui que comporte la capacité de ce local.

Les effets de l'encombrement se font sentir alors même que les blessés couchés dans une même salle ne portent pas de plaies qui suppurent. Si le nombre des blessés atteints de plaies suppurantes excède la moitié du nombre de lits que doit contenir la salle, les effets de l'encombrement sont inévitables.

Erichsen examine ensuite les trois conditions suivantes dont peuvent dépendre les suites des grandes opérations, à savoir : 1° l'état antérieur de santé du blessé ; 2° le plus ou moins d'habileté avec laquelle l'opération est pratiquée ; 3° le traitement général et local consécutif. Relativement à ce dernier point, il montre que les chirurgiens, il y a trente ans, et lui-même tout le premier, ne soupçonnaient pas l'existence de l'infection chirurgicale ; quant au mode de pansement, il a beaucoup varié, sans que les résultats soient assez différents pour qu'il soit possible d'établir rigoureusement l'influence qu'il exerce sur les suites des amputations.

On ne peut affirmer non plus, comme l'a fait Simpson, que l'insalubrité d'un hôpital soit en raison directe du nombre de malades qu'il est destiné à recevoir. Mais on peut dire que la disposition des bâtiments et l'installation des différents services sont habituellement très-défectueuses. On note en particulier la plus grande fréquence de l'érysipèle dans les salles des étages supérieurs, sous l'influence des émanations des salles situées au-dessous.

Dans certains cas, l'insalubrité d'un hôpital est telle que sa démolition est le seul remède à opposer aux épidémies d'infection purulente. On peut citer, à ce sujet, l'exemple de l'hôpital du comté de Lincoln, que les administrateurs n'ont pas hésité à démolir complétement. Si l'on a recours à ce moyen radical, il faut en même temps détruire les matériaux provenant de la démolition.

L'odeur qui se dégage des cuisines et autres dépendances ; celle qui résulte de l'accumulation des malades dans les salles de consultation, généralement situées près de l'entrée de l'hôpital ; la proximité de la salle des morts, de la salle d'autopsie, de la salle des érysipèles sont pour les salles de blessés autant de causes d'infection sur lesquelles insiste Erichsen.

Il ne semble pas, d'autre part, que l'ancienneté des bâtiments ait

une influence sur les résultats des opérations. A University College Hospital, la mortalité n'a pas varié sensiblement depuis vingt-cinq ans. Les améliorations nombreuses que cet hôpital a subies sous le rapport de l'hygiène paraissent avoir simplement réussi à contrebalancer les effets fâcheux de l'imprégnation des bâtiments par les émanations septiques.

Les déductions pratiques à tirer de ces observations sont ainsi formulées : 1° recouvrir les murs des salles d'un enduit et passer les planchers en couleur, afin de les rendre moins aptes à fixer les miasmes ; 2° frotter les parquets au lieu de les laver ; 3° remettre fréquemment les lits à neuf ; 4° supprimer les rideaux des lits et les tapis ; 5° ne pas conserver dans les salles les vêtements des malades, surtout ceux de toile et de laine ; 6° donner aux infirmières des vêtements susceptibles d'être fréquemment lavés ; 7° donner aux malades des vêtements qu'on puisse également laver (flanelle en hiver, coton en été) ; 8° avoir toujours de l'eau phéniquée pour les lavages ; 9° éviter toute communication entre les salles de blessés et la salle d'autopsie par l'intermédiaire des chirurgiens et des gens de service ; 10° isoler les malades atteints de suppuration fétide, et principalement les cancéreux ; 11° séparer les uns des autres les blessés qui suppurent, en plaçant entre leurs lits des malades non atteints de traumatismes ; 12° ne jamais recevoir dans une salle plus de la moitié des blessés atteints de plaies suppurantes, si celles-ci sont légères, et plus du tiers, si elles sont graves ; 13° isoler immédiatement les cas de maladie septique ; 14° entretenir le renouvellement de l'air nuit et jour dans les salles ; 15° fermer chaque salle de chirurgie pendant un mois chaque année, pour la désinfecter et la blanchir ; 16° enfin, et avant tout, éviter l'encombrement.

II. — Le travail de Prescott Hewet a pour but de montrer que l'infection purulente se rencontre plus fréquemment qu'on ne le croit dans la pratique privée. En cela, il sert de complément intéressant à l'étude précédente. En effet, P. Hewet a réuni *vingt-trois observations* d'infection purulente dans la clientèle privée, et sur ce nombre il y en a vingt et une qu'il a pu suivre lui-même. Ces observations sont relatées avec des détails suffisants dans le travail que nous analysons.

Sur ces vingt-trois cas, il est à remarquer qu'il n'y a eu que *six opérations* pratiquées. Quatre de ces opérations étaient insignifiantes : un séton et trois tumeurs de très-petit volume. Les deux opérations plus graves étaient deux ablations du sein. Les quatre premières opérations ont été pratiquées dans des années et des localités différentes. Les deux dernières sont de la même année et du même mois, l'une à la ville et l'autre à la campagne.

Dans les dix-sept cas où aucune opération n'avait été faite, il y avait onze fois surface suppurante ; pour les six autres cas, il n'y avait pas la plus légère érosion. Sur les vingt-trois malades, seize

habitaient la ville et sept la campagne. A une exception près, ils se trouvaient dans des conditions excellentes d'habitation. Pour ce qui regarde l'âge de ces malades, il a varié de six à quatre-vingts ans. Onze malades étaient entre quinze et vingt-cinq ans, et dix entre trente et cinquante.

Prescott Hewet conclut que la viciation de l'air qui résulte de l'agglomération des malades dans les salles de chirurgie n'est pas la seule cause de l'infection purulente, puisque celle-ci s'observe encore assez souvent dans la pratique privée et dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle semble se rattacher, dans certains cas, aux conditions atmosphériques. Certains individus y sont également prédisposés, comme un de ceux dont l'observation est citée dans ce travail, qui guérit d'une première atteinte d'infection purulente, et mourut d'une seconde quelques années après. En somme, le plus souvent l'étiologie de l'infection purulente nous échappe complétement. E. DELENS.

Case of abdominal aneurism successfully treated by proximal pressure of the aorta (Cas d'anévrysme abdominal traité avec succès par la compression de l'aorte dans son voisinage), par E. H. GREENHOW. (*Medico-chirurgical Transactions*, 1873, 2e *série*, *v.* 38, *pp.* 385-398.)

En 1864 le Dr William Murray traita un anévrysme de l'aorte abdominale par la compression de cette artère immédiatement au-dessus de la tumeur. Le malade fut parfaitement guéri.

Six ans après, le même malade, à la suite de travaux pénibles, eut un second anévrysme, situé trop haut sur l'aorte pour que le vaisseau pût être comprimé entre le cœur et la tumeur. Peu après il mourut subitement, et l'autopsie permit de vérifier la guérison du premier anévrysme. Il siégeait au niveau de l'origine de la mésentérique inférieure, et n'était plus représenté que par une masse fibreuse. La circulation s'était rétablie à la fois par les artères intra-abdominales, et par les vaisseaux occupant les parois du tronc.

L'artère colique gauche et la colique moyenne étaient énormément dilatées. Il en était de même de la mammaire interne, des intercostales inférieures, des épigastriques, des circonflexes iliaques, iléo-lombaires, et lombaires inférieures. De plus ces vaisseaux présentaient de nombreuses flexuosités. Un rameau de l'artère épigastrique s'anastomosait avec l'artère hépatique par un tronc logé dans le bord du ligament suspenseur du foie.

En 1872, un second cas d'anévrysme abdominal guéri par la compression de l'aorte au-dessus de l'ombilic fut communiqué à la

société de Londres par les Drs Moxon et Durham de Guy's Hospital.

Un cas semblable, guéri de la même manière par le Dr Heath, fut consigné par le Dr Murray dans une note lue à Dublin en 1867 devant l'Association médicale anglaise. Mais les détails de cette observation n'ont jamais été publiés.

Dans une brochure, le Dr Murray a relaté brièvement plusieurs autres cas de guérison rapide d'anévrysme par la compression de l'aorte, mais ces anévrysmes siégeaient sur les vaisseaux iliaques et non sur l'aorte.

Les deux premiers cas cités plus haut sont donc les seules observations complètes de succès dans le traitement des anévrysmes aortiques par la compression immédiatement au-dessus de la tumeur. Celui du Dr Greenhow est le troisième.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, fort bien constitué, qui entra en mai 1872 à Middlesex Hospital. En décembre 1868, étant matelot, il puisait de l'eau à bord d'un navire, lorsqu'il sentit soudainement quelque chose céder dans son abdomen. En même temps il eut une défaillance, et éprouva une grande douleur qui s'irradiait vers la partie inférieure. Ces phénomènes s'apaisèrent rapidement. Deux jours après il ressentait des battements à l'épigastre. Il commença à perdre ses forces, et souffrit de douleurs dorsales s'irradiant vers les testicules, les aines et les membres inférieurs, le condamnant au repos absolu.

Lors de son entrée à l'hôpital, on reconnut l'existence d'un anévrysme situé immédiatement au-dessus de l'ombilic, et débordant la ligne médiane plus à droite qu'à gauche.

Le 25 mai, le malade étant soumis au chloroforme depuis dix minutes, on appliqua un tourniquet de Lister, entre la tumeur et l'appendice xiphoïde, en le serrant jusqu'à cessation des battements dans la tumeur et dans les artères fémorales.

Des vomissements se manifestèrent bientôt, la pression fut alternativement diminuée et augmentée à plusieurs reprises, mais la persistance des nausées fit retirer l'appareil 45 minutes après son application. Le lendemain, la tumeur n'était pas modifiée, le malade se plaignait seulement d'acidité de l'estomac.

Le lendemain 27 mai, la compression fut de nouveau tentée de la même manière, et maintenue pendant quatre heures avec deux courtes interruptions, une heure et trois heures après le commencement de l'opération. Chaque fois on sentit les battements réapparaître dans la tumeur, la seconde fois celle-ci sembla plus dure.

Pendant toute la durée de la compression, on nota les respirations et le pouls, dont on prit de nombreux tracés sphygmographiques. Les respirations montèrent de 36 à 56 par minute, et le pouls de 100 à 120, pour retomber à leur état normal, aussitôt après l'ablation du tourniquet. A ce moment la tumeur présentait encore des battements très-marqués en avant, mais l'expansion latérale était fort diminuée.

Pendant trois jours, le malade fut tourmenté par de fréquents vomissements. Pendant les deux premiers jours, les matières vomies continrent du sang altéré. La région épigastrique fut douloureuse pendant ce temps.

On nota de l'engourdissement et une diminution de la sensibilité tactile dans les membres inférieurs. Les battements des fémorales devinrent perceptibles vers le 5 juin ; en même temps on sentait des pulsations dans les artères épigastriques superficielles et dans la circonflexe iliaque droite.

Le 8 juin, on ne constatait plus qu'une très-faible impulsion au-dessus de l'ombilic.

Le 10 juin, on permit au malade de se lever quelques instants; mais aussitôt levé, il éprouva une vive douleur, avec sensation de chaleur vers les parties inférieures, puis il eut une sueur profuse. A partir de ce moment les battements allèrent en augmentant dans la tumeur.

Le 24 juin, on fit de nouveau la compression pendant 3 heures.

Les phénomènes observés furent semblables à ceux de la première opération. Les vomissements qui suivirent ne renfermaient pas de sang. Les urines furent cette fois fortement albumineuses, et contenaient des cylindres hyalins, dont quelques-uns étaient entourés d'épithélium.

Après divers accidents, l'état général redevint bon, les battements disparurent graduellement dans la tumeur.

Le 20 septembre, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Dans ce cas, comme dans celui des Drs Moxon et Durham, les pulsations persistèrent pendant un assez grand nombre de jours après la compression de l'aorte.

Au contraire, dans le cas du Dr Murray, la tumeur avait cessé d'être pulsatile le soir même de l'opération. Le Dr Greenhow ne connaissait que le cas de Murray, sans quoi il n'aurait pas permis à son malade de se lever si peu de temps après la première tentative; il pense qu'il aurait ainsi obtenu la guérison du premier coup.

La compression de l'aorte a produit de remarquables effets sur la circulation générale, et secondairement sur certains organes.

Aussitôt la compression établie, le pouls devenait beaucoup plus fréquent, la respiration plus rapide et moins profonde; aussitôt qu'on relâchait le tourniquet, pouls et respiration retombaient immédiatement au chiffre normal, pour remonter dès qu'on le resserrait.

L'auteur attribue l'hématurie et l'hématémèse à l'hyperémie du rein et de l'estomac.

Cette hyperémie aurait elle-même eu pour cause la distension forcée des capillaires par le sang destiné aux parties inférieures, dont le cours avait été soudainement intercepté. Il admet comme probable que la pression exercée sur le plexus solaire ait pu concourir à ce résultat. Aussi croit-il que ce traitement ne serait pas appliqué sans danger à des individus atteints de maladies organiques. Il fait remarquer à ce point de vue que les trois malades guéris étaient des jeunes gens de bonne santé habituelle, et que leurs anévrysmes étaient d'origine traumatique.

CH. PÉRIER.

TRAVAUX A CONSULTER.

Maladies de l'anus et du rectum, par F. ESMARCH. (*Handbuch der allg. und spec. Chirurgie, von Pitha u. Billroth, IIIe vol., 2e partie, 5e fasc.* (*Suite.*)

Ch. XII. — *Prolapsus du rectum.* — L'auteur étudie en même temps que cette affection ses complications, et principalement la hernie qui parfois se produit dans un sac formé par le péritoine, qu'entraîne avec lui le rectum prolabé (hernie rectale, hydrocèle). Cette hernie peut s'étrangler ; pour la réduire, il conviendra de fendre le sac herniaire, lorsque le taxis aidé du chloroforme n'aura pas suffi, et de débrider les parties molles du périnée à la face externe du collet de la hernie (Dieffenbach) ou sur le raphé (Uhde). Dans un cas même Bünger a dû ouvrir le ventre sur la ligne médiane pour tirer de haut en bas l'S iliaque engagé dans la tumeur; le malade guérit. On a trouvé parfois l'ovaire sain (Uhde) ou dégénéré (Stocks) compris dans les parties herniées. Esmarch diagnostique les cas de prolapsus complet des invaginations intestinales faisant saillie par l'anus à travers le rectum. Hutchinson sauva une petite fille de 4 ans atteinte de cette affection en incisant la ligne blanche et en allant chercher l'intestin étranglé, le retirer dans le ventre et détruire l'invagination. Comme moyen de traitement du prolapsus, l'auteur recommande l'introduction répétée dans l'anus d'un cautère sphérique rougi à blanc, après avoir préalablement préservé l'intestin par un tampon d'ouate poussé assez haut dans le rectum.

Ch. XII. — *Hémorrhoïdes.* — Cet article se recommande par une bibliographie des plus complètes. Esmarch accuse parmi les causes prédisposantes la station verticale, non moins que la position assise. Smith aurait surtout remarqué cette affection chez les dentistes et les garçons coiffeurs. Nous ne trouvons rien de particulier à noter du reste, si ce n'est l'ignorance où paraît être l'auteur des moyens actuellement employés en France contre le prolapsus d'hémorroïdes internes.

Ch. XIII. — *Néoformations.* — Index bibliographique également soigné. Les néoplasmes du rectum de nature bénigne sont fréquents ; ce sont les polypes, qui appartiennent à la classe des papillomes ou à celle des adénomes. Ces derniers sont les plus nombreux. L'auteur explique le désaccord qui existe entre les opinions de Guersant et de Lane sur le temps de leur apparition (le premier en fait une maladie de la première enfance, le second une affection de l'âge adulte) en faisant valoir que Guersant n'a guère observé que des enfants et Lane des adultes.

Le cancer est le plus souvent un épithélioma, pavimenteux à l'anus, cylindrique au rectum. Ce dernier revêt souvent la forme de cancer alvéolaire ; elle lui est donnée par le ramollissement gélatineux du protoplasma des cellules cylindriques qui le composent. La consistance de ces tumeurs varie du reste de celle du squirrhe à celle du cancer colloïde ; rarement pédiculées, elles envahissent le plus souvent en profondeur et en surface,

convertissent le rectum en un tube rigide et perforent les organes voisins (vessie, vagin). Le sarcome y est plus rare, qu'il soit sarcome embryonnaire ou sarcome papillaire. On a observé au rectum le sarcome mélanique (Maier). L'auteur a pu lui-même diagnostiquer, extirper et guérir un sarcome alvéolaire de cette région.

Tandis que l'épithélioma s'ulcère de bonne heure, Esmarch pense que le cancer du rectum peut durer des années entières sans causer de douleurs et de troubles graves. Ceux-ci du reste surviennent tôt ou tard et ont bien été décrits dans les ouvrages classiques.

Au point de vue du diagnostic, Esmarch recommande l'exploration du rectum par la main, introduite tout entière, comme le conseille Simon; cette pratique, qui présenterait l'avantage de faire reconnaître exactement l'étendue des lésions, doit être impossible dans l'immense majorité des cas. Partisan de l'extirpation qui, malgré l'opinion d'Henry Smith, compte un bon nombre de succès (l'auteur cite un cas où Billroth a pu, 4 ans après l'extirpation d'un cancer circulaire du rectum pratiquée par Schuh, se convaincre de l'absence de récidive), Esmarch conseille, même lorsque l'opération radicale n'est plus possible, d'enlever une partie de la tumeur avec une cuiller à bords tranchants, pour diminuer les douleurs et faciliter le cours des matières. Il rappelle que Nussbaum et Simon ont par des opérations hardies enlevé, avec une partie du rectum malade, une portion de la vessie et de l'urèthre, et ont réussi par ce moyen à prolonger l'existence de plusieurs années. Il se montre beaucoup plus réservé à l'égard de la colotomie palliative, pratiquée fréquemment en Angleterre par Curling, Ward, Adams, Pemberton, et propose de la remplacer par l'évidement des tumeurs rectales.

PAUL BERGER.

Contributions to practical surgery (Contributions à la chirurgie pratique), par George-W. NORRIS. (*Philadelphie, Lindsay et Blakiston*, 1873.)

Plusieurs des mémoires qui composent cet ouvrage ont déjà paru dans l'*American Journal of the medical sciences*. La plupart d'entre eux se font remarquer par une casuistique étendue accompagnée de remarques critiques sur les différentes observations dont l'ensemble constitue la statistique de l'auteur.

I. — *Du défaut de consolidation dans les fractures.* — L'auteur examine les causes, les lésions anatomiques, les troubles fonctionnels, le traitement des fractures non consolidées. Un exposé très-complet des principales descriptions classiques et des monographies ayant pour objet cette complication se termine par une statistique de 150 cas, où sont mentionnés le sexe du sujet, l'âge, le lieu de la fracture, son ancienneté, l'opération employée, les accidents qui l'ont suivie, etc. La conclusion principale qui ressort de ces observations est que le séton donne de meilleurs résultats que la résection, les caustiques et les moyens moins énergiques; qu'il faut éviter d'inciser les parties molles pour passer le séton, ce qui augmente les chances d'accidents; qu'il est défavorable de laisser long-

temps le séton en place, car il devient alors la source de complications; que le séton réussit moins souvent à l'humérus et au fémur.

II. — *Traitement des difformités consécutives aux fractures.* — Ce travail renferme un très-grand nombre d'observations ayant trait aux divers procédés de traitement du cal difforme.

III. — *Statistique des fractures et luxations traitées à Pennsylvania hospital de* 1830 à 1850.

IV. — *Fractures compliquées.*

V. — *Statistique des amputations pratiquées du* 1er *janv.* 1850 *au* 1er *janv.* 1860 *à l'hôpital de la Pensylvanie.* — Cette statistique de 228 cas est appuyée sur des tableaux où, pour chaque opération, sont notés la date de l'admission, le nom, l'âge du sujet, la lésion qui a nécessité l'opération, la nature de celle-ci et son siége, son résultat, la date de la guérison ou de la mort.

VI. — *Mortalité à la suite des ligatures d'artères.* — L'auteur donne une statistique des plus complètes des cas publiés de ligatures d'artères. Cette statistique renferme l'indication résumée des cas suivants :

1° Ligature de l'artère sous-clavière, 69 obs. — 2° De l'artère iliaque, 118 obs. — 3° Des carotides et du tronc brachio-céphalique, pour anévrysmes, 38 obs.; pour blessures, 30 obs.; pour l'extirpation de tumeurs, 18 obs.; pour des affections encéphaliques, 6 obs.; pour des tumeurs érectiles, des tumeurs du diploë, des sinus maxillaires, etc., 42 obs.; opération de Brasdor, 15 obs. — 4° De l'artère fémorale, 204 obs. — Chaque tableau contient l'indication du nom du chirurgien, du siége de la ligature, la date de la chute des fils; le résultat de l'opération; l'affection qui l'avait nécessitée; la source bibliographique. Quelques remarques critiques suivent, et portent sur les cas les plus remarquables; elles mentionnent le moment où les pulsations se sont reproduites, les principales complications, les erreurs de diagnostic, et les procédés opératoires.

VII. — *Anévrysme artério-veineux du pli du coude.*

Observation ainsi résumée: Anévrysme variqueux consécutif à une saignée; ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac; hémorrhagie secondaire avec retour du thrill au 10e jour; guérison.

Ces monographies, qui se font remarquer par un excellent esprit clinique, seront consultées avec profit par les observateurs dont les recherches porteront sur les nombreux sujets étudiés par Norris, et spécialement par ceux qui s'occupent de statistique chirurgicale.

PAUL BERGER.

Contribution à l'étude de la nécrose de cause phosphorée, par A. JAGU. (*Thèse, Paris,* 1874, *A. Delahaye.*)

Ce travail appelle l'attention sur une complication peu commune et jusqu'à présent peu étudiée de la nécrose phosphorée; il renferme 6 observations intéressantes. Les conclusions sont, en résumé, les suivantes :

La nécrose peut se propager aux os du crâne, envahir les os malaires, les palatins, les cornets, le vomer, l'ethmoïde, le temporal, le sphénoïde et

même l'occipital. Cette propagation, nécessairement mortelle, donne lieu à des symptômes en rapport avec les lésions des organes atteints. — Le défaut d'écoulement du pus, la présence permanente de séquestres sont les causes de cette extension. — Elle a lieu par continuité, et n'est pas toujours arrêtée par l'élimination des os mortifiés. — La marche rapide de l'ostéo-périostite phosphorique s'oppose sonvent, par la suppuration abondante qui l'accompagne, au travail de régénération osseuse. La suppuration prolongée peut entraîner la mort par le fait d'une dégénération amyloïde ou d'une stéatose viscérale. — La stéatose viscérale n'est pas due à l'intoxication par le phosphore dans ces cas. — On doit d'une manière générale considérer comme urgente et nécessaire l'intervention chirurgicale avant la mobilisation du séquestre toutes les fois que la nécrose paraît avoir une marche extensive ou que l'état général menace de s'aggraver. A cette règle sont des exceptions et des indications spéciales, qui, soumises à l'appréciation du chirurgien, peuvent motiver l'expectation. PAUL BERGER.

De la nécrose phosphorée, discussion à la Société de chirurgie, par MM. MAGITOT, DOLBEAU, VERNEUIL, TRÉLAT. (*Soc. de chir., Gaz. des hôp.*, 13 *janvier* 1874.)

M. Magitot rend compte à la Société d'un travail du Dr Haas, de Sarreguemines, intitulé : *Mémoire sur la nécrose produite par la vapeur du phosphore.* Ce travail a pour but spécial de préconiser un certain procédé opératoire à l'exclusion de tout autre, la résection prématurée dans le cas de nécrose confirmée. L'auteur aborde en même temps les différents points du problème de la nécrose phosphorée.

M. Magitot lui reproche d'avoir traité vaguement l'étiologie de cette affection. Puis, exposant brièvement les deux opinions principales qui règnent à cet égard, l'une qui considère la carie dentaire comme la seule voie ouverte à l'agent morbide, l'autre qui fait pénétrer les vapeurs phosphorées exclusivement par le bord gingival, il les discute tour à tour, et établit deux points : 1° la nécrose débute invariablement par la portion alvéolaire des mâchoires, jamais une autre région des maxillaires n'en est primitivement le siége ; 2° le processus morbide commence par une périostite alvéolaire.

La nécrose phosphrée, quoi qu'en dise l'auteur du mémoire, ne paraît différer en aucune façon, si ce n'est par sa lenteur, des autres formes de nécrose des mâchoires. Quant aux méthodes de traitement, il en existe deux principales : l'une consiste à n'intervenir qu'après la mobilisation complète du séquestre ; l'autre a pour principe d'opérer avant la mobilisation, et aussitôt que la mortification a été exactement reconnue. Mais il semble impossible d'admettre le procédé préconisé par M. Haas, qui consiste à pratiquer prématurément, au début de la nécrose, l'ablation totale du maxillaire atteint, c'est-à-dire la résection dans le vif au delà des portions nécrosées.

Après quelques mots de MM. Dolbeau et Verneuil, M. Trélat prend la parole :

Deux points surtout sont en discussion : la nature et la thérapeutique

de l'affection. Sur le premier point, M. Trélat critique l'expression d'ostéo-périostite progressive, proposée par M. Richet (*Gaz. des Hôp.*, 1872, p. 233), et lui reproche d'avoir dit : « La prétendue nécrose phosphorée n'est pas une nécrose. » Pour M. Trélat, c'est bien une nécrose, et elle n'offre pas, à la vérité, de caractères absolument spécifiques ; mais elle a cependant une physionomie propre : début constant par le bord alvéolaire, longue période de périostite plus ou moins diffuse, étendue de la lésion, limitation habituellement tardive, extrême fréquence des ostéophytes, si rares sous les autres formes. Sur la question du traitement, M. Trélat pose les principes suivants : Tant que le séquestre est immobile, il y a lieu de craindre que la nécrose ne soit pas limitée, et l'on devra multiplier les explorations pour établir si l'on est en présence d'un séquestre immobilisé ou d'une nécrose encore progressive. La régénération osseuse n'est aucunement compromise par le séjour prolongé des séquestres. Elle n'est pas favorisée, et les progrès du mal ne sont pas arrêtés par les résections hâtives que préconisent Billroth, son élève Haltenhoff, et après eux le Dr Haas. La première indication est de combattre la périostite, puis il faut attendre la limitation des séquestres pour les extraire ; certaines indications particulières, douleurs, insomnies, ptyalisme, hecticité, septicémie peuvent conduire les chirurgiens à devancer ce moment et à enlever des portions d'os nécrosées, mais non encore séquestrées ; enfin, les inconvénients des résections proprement dites sont péremptoirement démontrés, tandis que leurs avantages demeurent problématiques. L. G. R.

Cyanopuon laryngis ; thyroiditis with blue suppuration (Pus cyanique du larynx ; thyroidite avec suppuration bleue), par sir G. DUNCAN GIBB. (*Brit. med. journ.*, 13 *déc.* 1873, *p.* 684.)

L'auteur rappelle qu'il y a 22 ans il publia dans le *British american medical and physical journal* de septembre 1850 un cas analogue, sous le nom de pus cyanique, ou de présence de cyanure de fer dans les abcès consécutifs aux affections chroniques de la poitrine. Ce travail a été mentionné aussi dans l'article *abcès*, de M. Holmes Coote, dans le premier volume de l'ouvrage de chirurgie d'Holmes.

En octobre 1870, Gibb observa un cas plus remarquable et peut-être unique dans les annales de la science :

Une jeune femme de 27 ans, dont la santé générale était assez bonne, souffrait de la gorge depuis quelques années. Quelques mois avant que l'auteur ne la vît elle eut une aphonie de quelques jours, suivie de douleur et de gonflement consécutif au-dessus de la corne droite du cartilage thyroïde.

Cette tumeur augmenta et devint fort douloureuse. L'observateur constata de la fluctuation, et la peau présenta une coloration d'un bleu très-foncé, comme si elle était le siége d'une ecchymose.

L'intérieur du larynx fut examiné avec le miroir et fut reconnu intact, la voix ne présentait aucune altération. L'abcès fut ouvert, et l'ouverture donna issue à du pus d'une couleur azurée. L'examen chimique de ce pus permit de constater la présence du fer, et, remarque intéressante, la malade en avait

pris fort longtemps. La coloration du pus ne reconnaissait donc pas pour cause un changement morphologique analogue à celui qui provoque la présence de l'indigo dans l'urine. Au bout de 25 jours la suppuration fut tarie, le périchondre seul avait été intéressé, le cartilage heureusement était resté intact. Dans le cas présent l'auteur attire surtout l'attention sur ce fait remarquable que le pus ne s'est pas coloré à l'air, que cette coloration par conséquent n'était pas le résultat de cette circonstance, comme cela a été déjà noté. Dans le cas présent elle était due manifestement à la présence du fer et non à la destruction de certains composés protéiques du sang, de l'hématosine par exemple.

Voici de quelle façon on s'est assuré de ce fait :

1° La liqueur potassique, ajoutée au pus bleu, le décolora comme elle le ferait avec le bleu de Prusse.

2° L'addition d'acide chlorhydrique dilué rappela la couleur, ce qui a lieu aussi avec le bleu de Prusse.

3° Ce pus fut évaporé et brûlé, la cendre traitée par le ferro-cyanure de potassium donna une coloration bleue manifeste. A. GOUGUENHEIM.

Mémoire pour servir à l'histoire de la coloration bleue des linges à pansement, par Maurice LONGUET. (*Archives génér. de médecine, décembre* 1873, *II, p.* 656, *et janvier* 1874, *I, p.* 38.)

Vingt-deux cas de coloration bleue recueillis en 1872 dans le service du professeur Gosselin servent de base à ce travail. Longuet étudie le début, le mode d'apparition, la couleur, les réactions, la durée et la terminaison de ce singulier phénomène qui a constitué une véritable épidémie. Il a observé quatre fois cette coloration en dehors de toute suppuration et a pu instituer des expériences pour la produire artificiellement sur des parties de la peau saine qu'il recouvrait d'un pansement composé de charpie ou de papier à filtrer trempé dans l'eau tiède et maintenu humide à l'aide d'un taffetas gommé. La coloration bleue se produisait généralement du jour au lendemain, alors que dans la même salle plusieurs malades présentaient le phénomène de la suppuration bleue.

Le mode de pansement ne paraît pas avoir eu d'influence notable sur la production de la coloration, mais il est à remarquer que plusieurs des blessés qui l'ont présentée ont été atteints d'érysipèle.

Après avoir passé en revue les nombreuses théories qui ont été émises sur la cause et la nature de la coloration bleue, Longuet, s'appuyant sur la coïncidence de l'apparition du phénomène avec l'existence d'une quantité d'ozone considérable dans l'atmosphère, propose les conclusions suivantes :

Il faut distinguer trois sortes de coloration bleue des linges à pansement : 1° coloration due à des modifications de certaines humeurs — ou vraie suppuration bleue ; 2° coloration due à des champignons — fausse suppuration bleue ; 3° coloration due à une matière inconnue encore — fausse suppuration bleue.

C'est cette dernière qu'il étudie et qu'il propose de désigner sous le nom de *cyanochrose*.

Elle est caractérisée par les particularités suivantes : Elle apparaît brusquement et disparaît brusquement ; elle se montre sur des points de la peau où il y a une plaie ou sur des points tout à fait sains ; elle dure

un temps très-variable ; elle n'exerce aucune modification dans l'état local des plaies et dans l'état général des malades ; elle ressemble beaucoup par sa marche à l'érysipèle ; elle se présente sous forme d'épidémie ; elle naît de préférence quand l'atmosphère humide et chaude contient de l'ozone et par les temps d'orage ; sa présence est d'un pronostic très-favorable. Sa nature est inconnue. E. D.

Ueber spontane Luxationen und einige andere Gelenkkrankheiten bei Ileotyphus (Luxations spontanées et complications articulaires de la fièvre typhoïde), par Paul GUETERBOCK. (*Archiv f. klinische Chirurgie, vol. XVI*, 1er *fasc.*, 1874, *p.* 58.)

Stromeyer (*Handbuch der Chirurgie*, I, p. 496), a décrit des affections articulaires spéciales à la fièvre typhoïde. Volkmann (*Krankeiten d. Bewegungsapparates*, p. 502) les a rangées en 3 classes : la première due à l'infection purulente, la seconde rhumatismale poly-articulaire, la troisième mono-articulaire, métastatique,plus fréquente dans la fièvre typhoïde et s'accompagnant souvent de luxation spontanée. Bardeleben (*Lehrbuch d. Chirurgie*, 4e éd., vol. II, p. 617 et IV, p. 741) considère, cette complication comme fréquente. L'affection articulaire de la fièvre typhoïde n'a rien de spécifique (Betz, *Memorabilien*, no 11, 1872, p. 497), elle débute aussi bien par l'os ou le périoste que par la synoviale. Ce qu'il faut noter, c'est que l'arthrite mono-articulaire est une complication primitive, survenant dans les premiers jours de la maladie (Wilme, Natanson, Baumler, Betz), tandis que l'affection poly-articulaire, pyohémique, plus rare dans la dothiénentérie que dans la rougeole ou la scarlatine, est secondaire.

La luxation spontanée est rare ; pourtant Roser émit l'idée (1857) que bon nombre de cas de luxations spontanées considérées comme survenues à la suite de fièvre rhumatismale devaient être rapportés à la fièvre typhoïde.— Cette luxation n'est pas due à une arthrite suppurée, ainsi que Hüter le pense , mais à une distension de la capsule, dont les ligaments sont relâchés par un épanchement séreux (Roser). Le déplacement est subit, et s'effectue à la suite d'un mouvement brusque du malade, ou il se fait rapidement, sans que l'on puisse préciser le moment de sa production. Seules ou presque seules les grandes articulations sont affectées de l'arthrite dothiénentérique, la hanche d'abord, puis le genou, l'articulation tibio-tarsienne, l'épaule, etc. La luxation spontanée n'a jusqu'à présent été observée qu'à l'articulation coxo-fémorale ; c'était toujours une luxation dans la fosse iliaque externe. Pourtant, en 1868, Meyerhoff décrivit un cas de luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, d'origine typhoïde. — Le grand trochanter est quelquefois le siége d'une périostite. — La réduction est assez facile et se fait par la flexion forcée et la rotation en dehors, dans les cas de luxation coxo-fémorale. Une observation personnelle et inédite appuie les vues que l'auteur accuse dans ce travail ; quelques autres cas d'arthrite typhique poly-articulaire y sont également relatés. PAUL BERGER.

De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents, par le Dr Joseph MOREAU. (*Archives génér. de médecine, août et sept.* 1873, *II, p.* 147 *et* 326.)

Ce mémoire est basé sur quatorze observations d'hémorrhagie, dont six ont été suivies de mort. Un index bibliographique étendu donne la liste de tous les travaux publiés antérieurement sur le même sujet. L'auteur résume ainsi les conclusions de son travail :

1° L'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents est un accident ordinairement bénin, mais qui, par la gravité exceptionnelle qu'il peut acquérir dans certains cas, doit toujours éveiller l'attention du chirurgien.

2° Cet accident empruntant surtout sa gravité aux conditions individuelles du sujet et aux affections constitutionnelles dont il peut être atteint, le chirurgien devra consulter les antécédents et avoir présents à l'esprit les signes de l'hémophilie.

3° Dans le cas où aura été reconnue cette prédisposition aux hémorrhagies, il se refusera rigoureusement à pratiquer l'extraction.

4° Lorsque le chirurgien se trouvera en présence d'un écoulement de sang consécutif à l'extraction d'une dent, il devra prendre les précautions suivantes :

a) Débarrasser soigneusement l'alvéole des corps étrangers ;

b) Réduire les parties osseuses déplacées ;

c) Réséquer les lambeaux de gencive flottants ou les remettre en place, suivant leur étendue ;

d) Faire pratiquer des lavages modérés et interdire absolument les mouvements de succion.

5° Si l'hémorrhagie persiste, il devra employer le traitement suivant :

a) Tamponnement de l'alvéole au moyen d'une substance imperméable à la salive ;

b) Compression constante par un appareil contentif analogue à celui décrit plus haut et laissant libres, autant que possible, les mouvements des mâchoires. E. D.

Zur Diagnose der äusseren Echinococcusgeschwülste (Du diagnostic des tumeurs hydatiques des organes externes), par E. HANSEN. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, nos* 3 *et* 4, 10 *novembre* 1873.)

Dans ce travail, l'auteur rapporte trois observations de kystes hydatiques, deux du cou, le troisième du bras. Dans l'un de ces cas, kyste hydatique volumineux du cou, la transparence de la tumeur, la fluctuation, le frémissement hydatique, permirent de poser le diagnostic; la ponction exploratrice donna issue à un liquide limpide, mais coagulable et renfermant une notable quantité d'albumine. Hansen insiste spécialement sur le siége de ces kystes, à proximité des gros vaisseaux; le kyste du bras était adhérent à la gaîne de l'artère brachiale; Berg-

mann, de Dorpat, avait déjà fait ressortir cette particularité. L'auteur semble accorder aussi une certaine valeur diagnostique au mode de développement de la tumeur : croissance très-lente d'abord, état stationnaire pendant assez longtemps, puis subitement développement très-rapide.

Le kyste hydatique du bras avait contracté des adhérences avec le nerf médian, il était très-douloureux.

Dans les 3 cas, le traitement employé fut l'incision du kyste avec extirpation de la paroi, dans la plus grande étendue possible ; le reste suppura et la guérison survint sans accident. H. THORENS.

Wound of ulnar nerve (Plaie du nerf cubital), par G.-W. CALLENDER. (*St-Bartholomew's hospital reports*, 1873, *t. IX*, *p.* 24.)

Un homme de 46 ans mourut d'une fracture de la colonne vertébrale. L'autopsie permit de vérifier l'état anatomique du poignet gauche, qui avait été blessé 14 ans auparavant. — Avant la mort on avait constaté que la sensibilité de la main était complète; cependant on trouva le nerf cubital divisé et ses deux bouts séparés l'un de l'autre par toute l'épaisseur du tendon du cubital antérieur, auquel ils adhéraient, l'un à sa face antérieure, l'autre à sa face postérieure. CH. P.

Valeur séméiologique de l'otorrhagie traumatique, par Alfred LE BAIL. (*Paris*, 1873, *A. Delahaye*, *in*-8°, 62 *pages*.)

L'écoulement de sang par l'oreille, à la suite des traumatismes de la tête, ne peut plus être considéré comme un signe pathognomonique des fractures du rocher. S. Duplay, un des premiers, a signalé l'existence des déchirures indirectes du tympan comme pouvant donner lieu à l'otorrhagie, et Le Bail établit, dans ce travail, que d'autres causes peuvent produire également l'écoulement de sang.

Dans le chapitre premier il étudie les écoulements sanguins dus à une lésion traumatique du conduit auditif externe ou de l'apophyse mastoïde. Morvan (de Lannilis), dans un travail publié dans les *Archives de médecine* (décembre 1856), a cité les faits de Monteggia et de Tessier, et rapporté deux observations très-complètes dans lesquelles l'hémorrhagie s'est produite à la suite de violences sur le menton et paraît devoir être rapportée à une fracture de la cavité glénoïde par le condyle du maxillaire et à une déchirure de la membrane qui tapisse le conduit auditif externe. MM. Panas (Soc. de chirurgie, 6 janv. 1869) et Sonrier (*Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 120) ont rapporté chacun deux observations analogues, dans lesquelles l'otorrhagie n'était pas le résultat d'une fracture du rocher. Chez les deux malades de Panas la membrane du tympan était déchirée, et chez celui qui succomba le rocher fut trouvé intact à l'autopsie. Enfin Le Bail rapporte l'observation d'un malade de 38 ans

qui, à la suite d'une contusion de la tête, eut un écoulement de sang par l'oreille et une hémiplégie faciale. La membrane du tympan était intacte et la disparition de l'hémiplégie fut assez rapide, mais la surdité persista. Dans ce dernier cas, l'intégrité bien constatée de la membrane du tympan a, suivant la remarque de Le Bail, une valeur absolue, puisqu'elle prouve que l'écoulement sanguin ne provenait pas d'une fracture du rocher.

Les lésions de l'apophyse mastoïde sont rares, mais peuvent déterminer une otorrhagie par suite d'une fracture qui n'intéresse pas la base du crâne, ou par une simple contusion. Le sang, versé dans l'oreille moyenne, s'écoule au dehors par une perforation de la membrane du tympan. Des faits de ce genre ont été cités à la Société médicale du Haut-Rhin. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 25 février 1869.)

Le chapitre deuxième est consacré à l'étude des écoulements de sang dus à une lésion traumatique de la membrane ou de la caisse du tympan, sans fracture du rocher. Le Bail s'attache à montrer que l'abondance de l'écoulement ne suppose pas nécessairement une fracture du rocher; la déchirure du tympan seul suffit pour produire une hémorrhagie abondante, lorsque cette déchirure porte au voisinage du manche du marteau, parce que c'est en ce point que les artères présentent le plus grand volume. Un violent ébranlement de la caisse du tympan peut aussi, selon toute apparence, déterminer une rupture des vaisseaux de la muqueuse qui la tapisse, sans que le rocher soit fracturé. Le Bail rapporte, à l'appui de cette opinion, neuf observations, dont quatre avec autopsie (Observations de Ferri, — de Fedi, — de Holmes, — de Marjolin), et cinq autres sans autopsie recueillies dans les services de Duplay, Tillaux, Le Dentu. Les ruptures de la membrane du tympan résultent, le plus souvent, d'une cause directe agissant de dehors en dedans ou de dedans en dehors, mais elles sont aussi quelquefois, comme l'a indiqué S. Duplay, le résultat d'une cause indirecte, par suite de l'ébranlement du rocher par un coup violent. Zaufal pense que, dans ces cas, la membrane ne se déchire que dans les points où elle a été antérieurement malade. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, sept. 1873.) Dans quelques expériences sur le cadavre, Le Bail a cherché à produire ces déchirures par cause indirecte. Une seule fois il pense avoir réussi, mais sans pouvoir l'affirmer.

Les caractères des écoulements de sang par l'oreille, dus à une fracture du rocher, forment l'objet du troisième et dernier chapitre. Le Bail admet que la persistance de l'hémorrhagie, son intermittence et sa répétition dans les jours qui suivent l'accident, ont une valeur véritable comme signes de fracture. En outre, dans ce cas, le sang coule d'abord pur, puis, au bout d'un certain temps, est remplacé par de la sérosité sanguinolente. L'intégrité bien constatée du tympan exclut naturellement l'idée d'une fracture du rocher comme source de l'otorrhagie, mais la déchirure de cette membrane, ainsi que le prouvent les deux premiers chapitres de ce travail, se rencontre dans des cas où il n'existe aucune fracture.

E. DELENS.

Ueber einige Fälle von idiopatischer Vereiterung des Zellgewebes under der Pleura costalis (De quelques faits de suppuration idiopathique du tissu cellulaire situé sous la plèvre costale), par le prof. BARTELS, de Kiel; 46e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 52, 29 *décembre.*)

Cette affection, décrite par l'auteur sous le nom de *péripleurite,* atteint sans cause appréciable des individus robustes et jouissant jusqu'alors d'une bonne santé. Elle donne lieu à la formation de foyers purulents d'une étendue considérable dont le pus est toujours beaucoup plus dense que celui fourni par la plèvre. Il existe une dilatation du côté correspondant du thorax, mais cette dilatation n'est pas uniforme, elle porte surtout sur certains espaces intercostaux. Pas de symptômes de voisinage du côté du diaphragme ou du médiastin. Comme complications, dans les six cas observés par l'auteur, il y eut une fois une péricardite et quatre fois une néphrite diffuse, mais elle ne fut secondaire que chez deux malades. J. B.

Mechanik der traumatischen Aneurysmen, par le prof. ROSER; 46e réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 47, 24 *nov.*)

Il résulte des observations de l'auteur que les hémorrhagies secondaires dans les plaies des membres par instruments tranchants et par armes à feu sont dues à la rupture de petits anévrysmes traumatiques dont le sac est formé de caillots fibrineux; on peut enlever le sac pour aller à la recherche de l'ouverture artérielle et procéder ensuite à la ligature du vaisseau. J. B.

Observations diverses.

Case of chronic tetanus cured by the removal of a cicatrice and involved nerve (Cas de tétanos chronique guéri par l'ablation d'une cicatrice qui englobait des filets nerveux), par Thomas ANNANDALE. (*Edinburgh med. journal, nov.* 1873, *p.* 400.)

Un jeune homme de 15 ans se fait une plaie superficielle du pied qui le retient huit jours au repos. Deux jours après avoir repris son travail, il est atteint de trismus et de raideur du cou : on le conduit à l'hôpital, où il arrive presque dans l'opisthotonos. On constate à cette époque que la cicatrice est complète, peu douloureuse; c'est un petit noyau solide indolent. On emploie infructueusement les purgatifs drastiques, la morphine, le chloral : l'état reste le même; il s'y joint seulement des secousses cloniques de la

jambe correspondant à la cicatrice. On se décide alors à en faire l'ablation. L'opération est faite aisément, et l'on résèque également une portion de nerf qui était enclavée dans la cicatrice et qui s'était hypertrophiée. Trois jours après, les accidents tétaniques cessent, et la guérison se maintient.

H. R.

De la trachéocèle ou hernie de la trachée, par H. DEVALZ. (*Soc. de chir. et Gaz. des hôp.*, 1873.)

Il s'agit d'une poche formée par la hernie présumée de la muqueuse trachéale à travers les arceaux atrophiés ou détruits par une cause quelconque.

Le malade est depuis longtemps en traitement pour une prétendue affection grave des voies respiratoires. Son état général éloigne l'idée de la phthisie. Une bronchite contractée en 1863 le fit tousser beaucoup et sembla déterminer le déloppement d'un « goître médian. » Ce goître s'accrut lentement jusqu'en 1872 et devint bilobé. A cette époque, la voix du malade était accompagnée d'un susurrus moelleux, souffle doux qui peut se traduire par les syllabes *ouvouvou* prononcées très-bas. La tumeur occupe la base du cou : elle se gonfle pendant les efforts de toux et paraît alors bilobée, car elle déborde de chaque côté, mais surtout à droite, les muscles prétrachéliens. Au palper, elle donne pendant la vacuité la sensation d'une poche membraneuse vide, d'un sac herniaire inhabité ou des bourses testiculaires. La compression réduisait la tumeur ou plutôt les deux saillies latérales piriformes, car la ligne médiane du cou n'était pas notablement soulevée.

Dans la tumeur, s'entendait un bruit analogue à celui qui est normal dans la trachée. Dans les poumons, tout paraissait normal, sauf au sommet du poumon droit, où l'on trouvait du souffle amphorique et de la pectoriloquie. Mais ces deux signes disparaissaient si la tumeur, ou plutôt sa partie droite prolongée jusque derrière la clavicule, était maintenue réduite par la compression.

L. H. F.

Strictura Œsophagi ; Œsophagotomie ; Tod (Rétrécissement de l'œsophage; œsophagotomie ; mort), par le Dr A. WEICHSELBAUM. (*Wiener med. Wochens.*, *p.* 773, 1873.)

Cette observation présente un certain intérêt, soit par le fait du degré du rétrécissement, soit surtout à cause de la difficulté qu'il y eut à reconnaître la nature de la lésion œsophagienne. Nous croyons devoir en donner ici un résumé :

Il s'agit d'un malade âgé de 40 ans, ayant contracté la syphilis en 1866. En 1867 il eut un ulcère du palais; en 1870 une carie partielle des os du nez ; à peu près à la même époque il ressentit pour la première fois un léger trouble de la déglutition qui augmenta progressivement et le força en novembre 1872 à entrer à la clinique du professeur Podrazki, à Vienne : il n'avalait plus que des aliments liquides. On reconnut un retrécissement considérable au niveau du cartilage cricoïde, la sonde œsophagienne était arrêtée à ce niveau, et ce ne fut qu'au bout de huit jours, après de nombreuses tentatives infructueuses, qu'on parvint à franchir le rétrécissement avec une corde de boyau très-fine.

En l'absence de signes différentiels certains, on admit la nature syphilitique de l'affection, sans toutefois exclure absolument l'idée d'un rétrécissement cancéreux. On essaya d'abord de la dilatation progressive, mais sans succès, et au commencement de janvier 1873 on essaya d'un traitement général anti-syphilitique. Des frictions mercurielles, continuées pendant 12 jours, amenèrent une amélioration considérable de la déglutition, il put avaler même des aliments solides. Bientôt cependant les mêmes accidents reparurent; en même temps la voix devint rauque, puis on constata les signes d'une paralysie des cordes vocales. On essaya encore de la dilatation, mais le 1er et le 2 février il fut impossible de franchir le rétrécissement, et à partir du 3 février le rétrécissement fut absolument imperméable et ne laissa plus passer une goutte de liquide. Le malade se refusant à l'opération, qui paraissait inévitable, on essaya encore sans succès des frictions mercurielles; enfin, le 10 février, après sept jours d'inaction absolue, l'œsophagotomie fut pratiquée au niveau du rétrécissement. Le malade succomba deux jours plus tard avec les signes de la pyémie. A l'autopsie on trouva l'œsophage rétréci dans une étendue de 7 centimètres à partir du niveau du cartilage cricoïde : toute cette partie présentait une perte de substance annulaire comprenant toute la périphérie du canal.

Les limites supérieure et inférieure étaient formées par le bord nettement découpé de la muqueuse normale, le fond de l'ulcère était formé par un tissu résistant, blanchâtre, d'apparence fibroïde, présentant deux ou trois noyaux proéminents, de consistance presque cartilagineuse et dont on pouvait exprimer, à la coupe, un sucre blanchâtre. A l'œil nu on hésitait encore à se prononcer sur la nature de l'ulcération ; l'examen microscopique des noyaux prouva que c'était une tumeur carcinomateuse. On pouvait encore admettre que ces noyaux carcinomateux s'étaient entés sur une ulcération syphilitique; mais même dans les parties intermédiaires et fibroïdes on reconnaissait encore les mêmes caractères, et il fallut bien reconnaître que, malgré les signes étiologiques, on avait eu à faire à une affection cancéreuse primitive.

F. EX.

Case of muscular atrophy and paralysis consequent on injury to the spine, recovery (Cas d'atrophie musculaire et de paralysie, consécutives à une blessure du rachis. Guérison), par Robert MAC. DONNEL. (*Irish hospital Gazette*, 1er *août* 1873.)

Il s'agit d'un homme de 28 ans, fort et vigoureux, qui fut blessé dans les circonstances suivantes. En jouant avec un de ses amis il lui sauta sur le dos. Celui-ci, homme d'une grande force, le saisissant alors par la nuque, le fit pivoter sur son épaule et le lança devant lui. Le malheureux tomba lourdement sur le dos et resta sans connaissance. Quand il revint à lui il était incapable de marcher. Pendant trois semaines il dut garder le lit; ses membres étaient faibles et engourdis, il éprouvait de vives douleurs sur le rachis entre les épaules. Au bout de quelques semaines une amélioration notable se produisit, mais néanmoins le malade ne put reprendre ses occupations.

Cinq mois après l'accident, il entra à Steevens'Hospital. Il se plaignait alors d'une faiblesse générale dans les membres, principalement du côté droit. La marche était incertaine et chancelante, même avec l'aide d'un bâton. Les muscles de l'éminence thénar, du pouce gauche et ceux du mollet droit étaient dans un état d'atrophie très-évidente. Il semblait qu'il y eût avec la parésie un certain degré d'incoordination des mouvements. Les muscles malades étaient agités de trémulations fibrillaires, ils avaient perdu partiellement leur contractilité électrique. La sensibilité était intacte, la miction et la défécation

régulières, un peu de parésie intestinale seulement. Pendant un mois et demi la maladie resta stationnaire et même la paralysie fit quelques progrès. Au bout de ce temps on eut recours aux préparations de strychnine. Sous leur influence il se fit une amélioration graduelle, et après un mois de ce traitement le malade quittait l'hôpital entièrement guéri. Huit mois s'étaient écoulés depuis le début des accidents.

L'auteur rapproche cette observation de celles qui ont été récemment publiées par Westphal de Berlin et Vulpian. Il pense qu'il s'est développé, sous l'influence du traumatisme, une myélite de la substance grise comparable à celle de la paralysie atrophique de l'enfance et localisée comme elle, principalement dans les cornes antérieures de la moelle. L'altération des cellules nerveuses motrices n'a pas été très-profonde, et c'est là ce qui explique la guérison des accidents. H. DANLOS.

Observation d'éruption herpétique d'origine traumatique survenant au moment de la régénération du nerf, par le Dr ONIMUS. (*Soc. biol.*, 31 *mai* 1873.)

Un ouvrier maçon tombant d'un premier étage a eu les nerfs sciatique et crural contus, et consécutivement une atrophie des muscles de la cuisse et du mollet du côté gauche, et de plus une anesthésie incomplète. Après deux mois de traitement et quatre mois après l'accident, la guérison est complète, mais il survient à cette époque une presque hyperesthésie de la peau du côté paralysé, une grande excitabilité des muscles, et une éruption herpétique sur la partie externe de la cuisse. Cette éruption et cette hyperesthésie, qui se sont développées à peu près en même temps, ont disparu ensemble assez rapidement.

L'éruption herpétique peut donc venir de suite après le traumatisme, ou au moment de la régénération du nerf dans la période qui précède immédiatement la guérison complète. De plus, ces éruptions coïncident avec l'exagération de sensibilité des nerfs, et celle-ci existe presque toujours au moment de la complète régénération du nerf.

M. Charcot rappelle que cette observation confirme cette donnée que les affections cutanées liées aux lésions nerveuses, le zona, le pemphygus, ne relèvent pas de l'absence d'action, de la paralysie des nerfs, mais au contraire d'un état d'exaltation de leurs propriétés. Ainsi le traumatisme ne détermine ces éruptions que dans le cas où celui-ci a donné lieu à une névrite ou à une névralgie, mais jamais quand le nerf est paralysé. Dans un cas de cancer vertébral ayant provoqué, par suite de la compression unilatérale des paires cervicales, des douleurs très-violentes et un herpès du cou et de l'épaule, MM. Cotard et Charcot ont trouvé dans les cordons nerveux du côté atteint une rougeur congestive très-vive. Dans la périnévrite lépreuse étudiée par Virchow, on trouve aussi des altérations des nerfs qui témoignent de leur irritation.

HENRI HUCHARD.

Rupture of axillary vein during efforts at reduction of dislocated shoulder of six weeks'standing (Rupture de la veine axillaire pendant les efforts de réduction d'une luxation de l'épaule datant de six semaines), par M. le Dr Hayes AGNEW. (*The American Journal of the med. sc., oct.* 1873, *p.* 577.)

Femme de 60 ans. Pendant l'extension un aide tenta la coaptation en appliquant la main dans l'aisselle. Après un effort infructueux survint un gonflement rapide de la région pectorale droite, le sein droit devint excessivement saillant, il formait une tumeur ferme mais fluctuante. Les symptômes généraux furent effrayants, la malade parut sur le point de mourir par syncope ; pendant que l'on comprimait la sous-clavière, on faisait passer à travers les nerfs phréniques le courant d'une forte batterie électrique.

Au bout de quinze minutes les fonctions étaient rétablies. On avait tout préparé pour la ligature de l'artère sous-clavière, mais le retour du pouls radial et l'absence de battements au niveau de la tumeur axillaire firent songer à une rupture de la veine axillaire ou de quelque autre gros vaisseau veineux.

En effet la guérison fut complète et assez rapide. — La luxation ne fut pas réduite.

Cette observation est suivie d'un tableau de 23 cas de rupture d'un vaisseau axillaire pendant la réduction de luxations anciennes. — 17 sont empruntées à Hamilton (*Treatise on fractures and dislocations*, 4 th. ed.), 3 à Erichsen (*Science and Art. of Surgery*), 1 à l'*American Journ. of the med. sc.* (avril 1865, p. 498), et 1 au *Med. News* (avril 1873, p. 58.)

CH. PERIER.

Phlegmone des Halses; Perforation in die Luftwege; Heilung (Phlegmon du cou; ouverture dans les voies aériennes; guérison), par le Dr K. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1873, *n*° 22, 15 *novembre*.)

Un robuste campagnard de 40 ans, ayant monté toute une journée des hottées de fumier dans une vigne en pente, fut pris le lendemain d'une pleurésie gauche qui guérit dans l'espace d'une dizaine de jours. Mais l'auteur, qui vit le malade dès le deuxième jour de sa maladie, fut frappé alors par une tuméfaction insolite des régions sus et sous-claviculaires gauches qui ne pouvait s'expliquer convenablement par la pleurésie.

Ce gonflement, tout à fait indolore au début, ne tarda pas à causer de l'insomnie, et bientôt il devint évident qu'on avait affaire à un phlegmon profond du cou qui parut d'abord vouloir se résoudre sous l'influence d'antiphlogistiques. Néanmoins, après être restés stationnaires une huitaine de jours, les phénomènes inflammatoires reparurent avec une grande violence, et il s'y joignit de l'œdème du membre supérieur gauche, dû à une thrombose de la veine axillaire. Trois semaines après le début des accidents, le malade était réveillé subitement par de forts accès de toux qui se renouvelèrent durant plusieurs heures et s'accompagnèrent de l'expectoration d'une grande quantité de pus. En même temps, la fluctuation constatée les jours précédents au niveau du cou disparut, tandis que la présence de l'air, qui était venu remplacer le pus, s'accusait par une sonorité tympanique, métallique même, par un bruit de gargouillement et une tuméfaction de la région coïncidant avec les mouvements respiratoires ; la moindre pression des doigts suffisait à refouler dans les voies aériennes l'air épanché.

Cependant la *percussion et l'auscultation de la poitrine ne révélèrent rien d'anormal*, mais la faiblesse et la fièvre étaient extrêmes.

L'auteur, voulant fournir au pus une issue directe au dehors, pratiqua au niveau de la deuxième côte gauche une incision qui fournit du pus mélangé à de l'air. Une branche musculaire lésée dans l'opération donna lieu à une hémorrhagie qui se traduisit aussi par la présence de sang dans les matières expectorées, fait qui prouvait surabondamment la communication de la plaie opératoire avec le foyer de l'abcès et de ce dernier avec les voies aériennes.

Après avoir été dans un état très-grave, le malade se rétablissait tout à fait au bout d'une quinzaine de jours. J. B.

Fracture of the coracoid process of the scapula by muscular action (Fracture de l'apophyse coracoïde de l'omoplate, par action musculaire), par Edward HULME. (*The Lancet*, 22 *nov.* 1873, *II*, *p.* 737.)

Joseph H..., âgé de 57 ans, mineur, admis à Dunedin hospital le 26 avril 1873. Il raconte que trois semaines auparavant, en voulant passer à travers un grillage en fil de fer, il glissa et, dans sa chute, son bras gauche accrocha un des fils de fer. Il sentit immédiatement une douleur vive dans les doigts, avec perte de pouvoir du bras et impossibilité d'écarter le coude du tronc.

A l'examen, on trouva l'apophyse coracoïde de l'omoplate gauche fracturée et entraînée en bas. Le traitement consista à fléchir l'avant-bras sur le bras, à le placer au-devant de la poitrine, à porter la tête de l'humérus en haut en pressant sur le coude et à immobiliser le bras sur le tronc. Le fragment mobile de l'apophyse fut repoussé en haut et maintenu dans sa position par un mince morceau de liege sur lequel on fit passer une large bande de diachylon, de bas en haut, sur l'épaule et le dos, vers le côté opposé.

Au bout de six semaines la fracture était consolidée, mais l'extrémité de l'apophyse était un peu abaissée. La force revint peu à peu dans le bras, ainsi que la possibilité d'éloigner le coude du tronc, et le blessé quitta l'hôpital le 26 juin 1873. E. D.

Ein Fall von Myositis ossificans progressiva (Un cas de myosite ossifiante progressive), par le Dr FLORSCHÜTZ, de Cobourg. (*Allg. med. Central-Zeitg.*, 1873, *nos* 98 *et* 99.)

Le sujet de cette observation est un jeune garçon de douze ans présentant toutes les apparences extérieures d'une bonne constitution; sa taille est de 1 m. 30; sa physionomie est sereine, la parole et l'intelligence très-nettes, seulement il est un peu sourd et très-irritable. Par rapport à la motilité, il se trouve dans un état déplorable; la tête et le tronc sont inclinés en avant et à droite, les deux bras sont pendants et, dans l'adduction, ils ne possèdent plus la liberté de leurs mouvements que dans les mains, et dans une certaine mesure dans l'avant-bras gauche. Les mouvements des hanches sont à peu près complétement abolis des deux côtés.

Un examen plus approfondi fait reconnaître les lésions suivantes: le muscle triangulaire du menton est atrophié en même temps qu'il offre, le long de sa surface, une ossification très-nette. Les masséters et les temporaux sont ossifiés ainsi que les origines du buccinateur, dont les insertions sont restées intactes de même que la langue et les muscles du palais et du pharynx. Aussi l'enfant peut-il accomplir tous les mouvements nécessaires pour

siffler et pour articuler même les lettres labiales. Mais la bouche est incomplétement fermée par la superposition des deux arcades dentaires, dont la supérieure est à un millimètre environ en avant de l'autre; les mouvements des mâchoires ne peuvent s'effectuer que latéralement et dans la faible étendue d'une ligne, et c'est à travers une fente étroite qu'il faut introduire les aliments.

Les muscles du cou et de la nuque sont ossifiés, principalement à droite et en arrière.

Le thorax est aplati, recouvert d'une couche graisseuse épaisse et ses muscles très-atrophiés ne se font sentir que par les tractus osseux qu'ils contiennent. La portion claviculaire du grand pectoral contient une lame osseuse de la largeur du pouce, réunissant la clavicule au sternum. Cette ossification est un peu moins prononcée à gauche. Le diaphragme et les muscles abdominaux sont libres ; mais, dans le dos et surtout à droite, on trouve de haut en bas des masses ossifiées qui remplacent complétement les muscles et qui se réunissent en haut et en avant aux muscles ossifiés du thorax, tandis qu'ils sont intimement unis, en bas, aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Le grand fessier est simplement atrophié, mais le moyen et le petit fessier présentent également des noyaux d'ossification.

Dans les membres supérieurs les extenseurs, très-atrophiés, ne présentent que des tractus osseux, tandis que les fléchisseurs et surtout le biceps forment des masses compactes qui se réunissent aux parties ossifiées du deltoïde et, sans présenter d'adhérences anormales avec l'humérus, fixent les bras dans leur immobilité complète le long du thorax.

Tous les muscles qui s'insèrent au fémur gauche sont ossifiés et présentent des apophyses très-solides qui se font sentir à travers la peau. A droite les mouvements ne sont abolis que depuis deux ou trois semaines, à cause de la douleur très-violente produite par l'inflammation des muscles. Les jambes et les pieds sont intacts.

Ajoutons qu'à côté du développement normal de la verge, le scrotum est atrophié et les testicules complétement arrêtés dans leur migration.

Rien de particulier dans la famille, si ce n'est un frère ayant des symptômes peu accusés de rachitisme. Le malade dont il est question ici avait présenté toutes les apparences de la santé jusqu'à l'âge de cinq ans, où l'on constata, à la suite d'une chute, une induration à la partie inférieure de l'épaule droite dans l'épaisseur du grand dorsal. Le développement de l'ossification se fit d'abord de bas en haut vers le creux axillaire et les muscles du bras. Cet état fut la cause de chutes nombreuses qui amenèrent d'autres inflammations, et c'est ainsi que les muscles du membre supérieur gauche furent pris à leur tour. Les muscles du cou commencèrent à s'ossifier vers l'âge de dix ans; puis, à la suite d'une nouvelle chute, les muscles de la cuisse gauche et enfin les muscles de la tête.

L'état général n'est pas trop altéré, si ce n'est que le malade est sujet à de nombreux accès d'épilepsie.

Il est à remarquer que, dans ce cas, le refroidissement et l'œdème des extrémités, mentionnés par Friedberg et ayant pour cause probable la stase veineuse, font complétement défaut.

Le traitement est nécessairement limité aux moyens palliatifs; les accès d'épilepsie sont calmés par l'hydrate de chloral, et le développement des noyaux d'ossification dans les muscles simplement enflammés paraît un peu retardé par des frictions iodurées. KLEIN.

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE

ANALYSES.

Studien über den Flussigkeitswechsel im Auge (Études sur l'échange des liquides dans l'œil), par Th. LEBER. (*Archiv für Ophthalmologie, t. XIX, 2e partie, p.* 87, *Berlin,* 1873.)

Le Dr Leber s'est proposé de rechercher la voie par laquelle s'écoule l'humeur aqueuse, et quel est le pouvoir de filtration de la cornée ; il s'est efforcé, en outre, de résoudre quelques autres questions étroitement liées à celle-là.

On s'accorde généralement à considérer l'humeur aqueuse comme sécrétée par les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris ; la richesse vasculaire, la structure particulière des capillaires dans cette région semblent justifier cette manière de voir, mais la physiologie n'est point encore parvenue à démontrer ce fait d'une façon irrécusable. La pathologie nous fournit souvent la preuve qu'il en est réellement ainsi. Dans le cas d'occlusion complète de l'ouverture pupillaire par des synéchies postérieures, la chambre antérieure disparaît parfois totalement et l'iris, refoulé par les liquides accumulées à sa face postérieure, atteint la cornée.

La sécrétion de l'humeur aqueuse doit être constante et continue pour remplacer celle qui à chaque instant s'échappe de l'œil. Les membranes enveloppantes de cet organe étant à la fois *élastiques et perméables*, une partie de leur contenu liquide doit nécessairement s'échapper au dehors d'une façon continue. Or, comme la pression intra-oculaire reste la même, on est forcé d'admettre qu'il se reproduit constamment une quantité de liquide égale à celle qui sort.

Les anciens auteurs croyaient que l'humeur aqueuse passait directement à travers les pores de la cornée; mais, dans ces derniers temps, Schwalbe a émis l'opinion qu'il existait une communication directe entre la chambre antérieure et le système vasculaire adjacent. En injectant dans l'œil humain et des animaux un liquide coloré dans la chambre antérieure, Schwalbe put constater que ce liquide pénètre dans le réseau veineux épiscléral avoisinant la cornée, puis de là dans les veines ciliaires antérieures. Il conclut de

cette expérience que la chambre antérieure communique d'abord avec l'espace aréolaire de Fontana chez les animaux (canal de Schlemm chez l'homme), puis avec le plexus ciliaire veineux, et finalement avec les veines ciliaires antérieures.

Schwalbe considère la chambre antérieure comme un vaste espace lymphatique, communiquant avec des cavités analogues, mais plus restreintes (espace aréolaire de Fontana chez les animaux, canal de Schlemm chez l'homme), qui communiquent *directement* à leur tour avec le plexus ciliaire et les veines ciliaires antérieures. D'après lui, il n'existerait pas de valvules au niveau des orifices de communication entre le système veineux et le système lymphatique : elles seraient d'ailleurs superflues, la pression dans la chambre antérieure étant suffisante pour s'opposer au reflux du sang.

Le Dr Leber ayant repris les expériences de Schwalbe, en variant le mode d'injection et la nature des liquides, a obtenu des résultats qui infirment les précédents. Quand on injecte au moyen de l'appareil de Ludwig un liquide dans la chambre antérieure de l'œil, l'on constate :

1° Que la colonne mercurielle du tube manométrique ne reste pas constante; elle diminue progressivement de hauteur, ce qui indique que le liquide introduit dans la chambre antérieure doit s'écouler quelque part au dehors.

2° Si pendant cette expérience la surface de la cornée est préservée de l'envahissement des liquides épanchés dans les parties adjacentes, elle reste sèche ; par contre, la conjonctive et le tissu épiscléral péricornéen s'imbibent et se tuméfient.

Lorsque le liquide coloré est une solution de carmin, le réseau veineux épiscléral péricornéen se remplit au bout d'un certain temps de la solution colorée, et l'examen microscopique du vaisseau sectionné démontre que la substance colorante en occupe bien la lumière.

C'est en se fondant sur cette expérience que Schwalbe était arrivé à conclure que les liquides contenus dans la chambre antérieure s'échappent au dehors par la voie indiquée ci-dessus. Mais Leber fait observer avec raison que la solution colorée de carmin possédant un pouvoir de diffusion considérable peut pénétrer dans l'intérieur des vaisseaux, non par des ouvertures directes, mais simplement par dialyse à travers leurs parois. Ainsi, variant le mode d'expériences, il substitue à la solution de carmin une solution de bleu de Prusse, dont la matière colorante ne peut se frayer un passage à travers les parois des vaisseaux. En procédant de cette façon, les tissus épiscléral et péricornéen s'imbibent au fur et à mesure que l'injection pénètre dans la chambre antérieure, mais c'est le liquide complétement décoloré qui s'infiltre, pas un atome de la matière

colorante bleue ne pénètre dans les vaisseaux; elle s'accumule dans la chambre antérieure et dans l'espace aréolaire de Fontana.

Leber a conclu avec raison de cette expérience, que Schwalbe s'était trop avancé en affirmant l'existence des *communications directes* entre la chambre antérieure et le système veineux, les liquides ne passant dans les vaisseaux que par voie de dialyse. Pour donner encore plus de force à sa réfutation, Leber a imaginé l'expérience suivante, fort ingénieuse: Il injecte dans la chambre antérieure une solution mixte violette, formée par le mélange d'une solution carminée et d'une solution de bleu de Prusse. Sous l'influence d'une pression prolongée, la solution carminée passe dans le réseau veineux, qu'elle injecte, tandis que la matière colorante bleue reste tout entière dans la chambre antérieure.

Dans toutes les expériences précédentes, quels que fussent le liquide employé et sa force de projection dans la chambre antérieure, il s'échappait toujours par les parties périphériques de la cornée, jamais à travers cette membrane. Sur des yeux frais, cette résistance de la cornée au passage des liquides de la chambre antérieure s'observe constamment, mais sur des yeux désorganisés ou ayant subi un commencement d'altération cadavérique, une pression modérée fait sourdre des goutelettes à la surface de cette membrane. C'est ce qui avait porté certains auteurs à croire à la filtration des liquides à travers la cornée, opinion complétement erronée, comme on vient de le voir. La cornée étant composée de plusieurs parties distinctes, couche épithéliale superficielle, tissu propre, membrane de Descemet, couche épithéliale profonde, le Dr Leber a cherché à déterminer quel était dans cette texture complexe l'élément qui s'opposait à la filtration des liquides. Il est arrivé, en étudiant cette question, à des résultats fort intéressants.

La cornée, dépouillée de son épithélium superficiel, s'oppose complétement au passage des liquides intrà-oculaires, absolument comme lorsque l'épithélium est intact. Son tissu propre, séparé de la membrane de Descemet, possède un pouvoir absorbant considérable et s'imbibe avec la plus grande facilité; de plus, par le fait de cette imbibition, il perd rapidement sa transparence. La membrane de Descemet elle-même, dépouillée de son épithélium, laisse passer les liquides avec la plus grande facilité. Mais il n'en est plus de même quand elle est recouverte de son épithélium; elle oppose alors un obstacle infranchissable à l'infiltration. En dilacérant sur un animal vivant cet épithélium sur certains points, au moyen d'un instrument piquant introduit dans la chambre antérieure, l'on voit le tissu cornéen s'imbiber et s'opacifier précisément dans les points intéressés. Ces opacités disparaissent au fur et à mesure que l'épithélium se reproduit. Ces faits sont fort intéressants. Leber s'empresse de faire remarquer que ce rôle des épithéliums de s'opposer au passage de certains liquides est peut-être général dans l'écono-

mie; les troubles de la sécrétion urinaire, consécutifs à la chute de l'épithélium des tubuli, l'exhalation aqueuse de la muqueuse intestinale dont l'épithélium est altéré dans le choléra, semblent concorder avec cette manière de voir. Ce serait aussi la couche de cellules épithéliales sous-jacente à la cristalloïde antérieure qui empêcherait l'imbibition du cristallin.

Si l'épithélium de la membrane de Descemet paraît être le véritable obstacle à la sortie des liquides de dedans en dehors, l'épithélium superficiel s'oppose peut-être aussi à son tour à la pénétration des liquides de dehors en dedans. Ainsi s'expliqueraient les complications qui accompagnent rapidement les diverses conjonctivités dès que l'épithélium cornéen a disparu. CH. ABADIE.

Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie (Sur l'entre-croisement des nerfs optiques et l'hémiopie), par MANDELSTAMM, de Kiew. (*Archiv für Ophthalmologie, t. XIX, 2e partie, p.* 39, *Berlin*, 1873.)

Biesiadecki (XLII vol. der *Sitzungsberichte der K. A. Wissenschaften zu Wien*), avait déjà affirmé que les nerfs optiques s'entrecroisent complétement au niveau du chiasma. Pawlowsky (*Chiasma nerv. opticor. Inaug. Dissert.*, Moskau, 1869) est arrivé de son côté aux mêmes conclusions.

Le travail dont nous donnons l'analyse paraît devoir confirmer les résultats obtenus par ces deux anatomistes. Les recherches anatomiques ont été exécutées au moyen de 2 procédés différents : 1° en dissociant les fibres nerveuses; 2° en pratiquant des coupes horizontales sur des chiasmas durcis.

La dissociation des fibres nerveuses est facilitée par le mode de préparation suivant. Le chiasma est plongé pendant 2 jours dans une solution de 1 1/2 0/0 d'acide chromique, puis durci par un séjour de 24 heures dans l'alcool absolu; cela fait, on le place dans une solution concentrée de potasse. La potasse ne tarde pas à dissoudre le tissu cellulaire et laisse plus ou moins intactes les fibres nerveuses. En projetant, au moyen d'une lentille convexe, la flamme d'une lampe sur la préparation, il est facile d'apercevoir les fibres nerveuses d'un blanc jaunâtre qui, réfléchissant fortement la lumière, se détachent très-nettement du tissu cellulaire devenu transparent sous l'influence de la potasse. Avec un peu d'habitude il est aisé de saisir les faisceaux des fibres avec des pinces et de les suivre dans une certaine étendue.

Après avoir dépouillé le chiasma de toutes ses enveloppes, telles que la commissure de Hannover, etc., de façon à mettre à nu les fibres nerveuses qui le composent, et examinant ensuite la face su-

périeure, on constate la disposition suivante : tous les faisceaux de l'un des nerfs se croisent avec ceux du nerf opposé ; les fibres les plus rapprochées de l'angle antérieur du chiasma s'entre-croisent les premières, les plus périphériques ne s'entre-croisent qu'au niveau de l'angle postérieur. Un faisceau des fibres les plus internes du nerf optique arrivé au niveau de l'angle antérieur du chiasma le contourne et se dirige obliquement vers la face inférieure; nous verrons plus tard que c'est là seulement qu'il s'entre-croise avec l'analogue du côté opposé. Sur des coupes horizontales il serait facile de prendre ces faisceaux de fibres pour une commissure antérieure.

Les couches superficielles de la face supérieure du chiasma étant enlevées, le mode d'entre-croisement des fibres dans les couches moyennes se montre tout différent. Les fibres des nerfs optiques décrivent des arcs de cercle plus ou moins étendus; les internes suivent l'angle antérieur du chiasma avant de passer du côté opposé, les externes contournent l'angle externe du chiasma, puis se dirigent en décrivant une courbe très-prononcée vers l'angle postérieur où elles s'entre-croisent avec celles du côté opposé. Sur des coupes, ce parcours particulier des fibres simule à s'y méprendre des commissures antérieures et latérales, ce n'est que par une dissociation minutieuse qu'on parvient à constater leur véritable trajet.

A la face inférieure, les fibres du nerf optique constituent 3 faisceaux principaux dont le plus interne est le prolongement de celui qui occupait d'abord la face supérieure. Là encore, malgré leurs sinuosités, on peut constater l'entre-croisement complet des fibres.

Il n'est pas facile de se rendre compte sur des coupes horizontales de la véritable disposition des fibres, les entre-croisements pouvant simuler des commissures.

On a vu, par ce qui précède, qu'il faut une certaine attention pour ne pas confondre les courbes décrites par les fibres avec des commissures antérieures ou latérales. Néanmoins l'examen des coupes horizontales complète les résultats fournis par la dissociation, et montre qu'il s'agit bien d'un véritable entre-croisement et non d'une semi-décussation.

L'auteur a complété ses recherches par des expériences physiologiques sur les lapins. Après avoir sectionné dans le crâne l'une des bandelettes optiques à son émergence de l'encéphale par le procédé de Gudden (*Archiv. für Psychiatrie von Wesphal.*, 1870), il observa ce qui suit :

Au bout de 4 semaines les fibres nerveuses à double contour avaient à peu près disparu dans l'œil *opposé* au côté opéré, le pourtour de la papille avait pris une teinte d'un gris sale, la rétine atrophiée permettant de voir le stroma choroïdien et son pigment. Ces lésions furent constatées à l'ophthalmoscope. Du côté opéré l'œil resta normal. Dans un cas, au bout de 7 semaines, l'image ophthalmosco-

pique était restée à peu près la même : intégrité du fond de l'œil du côté opéré, disparition presque complète des fibres nerveuses à double contour du côté opposé, sauf une petite bandelette encore conservée. L'animal fut sacrifié à cette époque. A l'autopsie on trouva que la bandelette optique d'un côté avait été à peu près complétement détruite, à l'exception de quelques fibres qu'on pouvait suivre dans l'œil du côté opposé, et qui avaient échappé à la dégénérescence atrophique, ainsi que l'avait révélé l'opthalmoscope. A part ces quelques fibres, le nerf optique était complétement atrophié. Par contre, le nerf optique du côté opéré ainsi que la bandelette optique du côté opposé étaient intacts. L'examen microscopique confirma en tous points ce résultat.

L'auteur de ce travail se demande ensuite si l'observation clinique s'accorde avec les données nouvelles fournies par l'anatomie et la physiologie, et il cherche à prouver que l'entre-croisement complet des nerfs optiques explique plus facilement que la décussation les troubles fonctionnels observés dans certaines lésions de l'encéphale. Qu'on se figure, en effet, un schéma représentant le chiasma des nerfs optiques formé par un entre-croisement complet des 2 nerfs, il sera aisé de voir que :

1° Si par un processus pathologique quelconque la partie antérieure du chiasma vient à être intéréssée, les fibres qui se rendent aux parties internes des 2 rétines seront atteintes. Il en résultera une hémiopie externe des 2 côtés, c'est-à-dire que le champ visuel sera aboli à droite et à gauche du côté temporal.

2° Le processus pathologique intéresse-t-il, au contraire, la partie postérieure du chiasma, ce sera le champ visuel du côté nasal qui sera supprimé à droite et à gauche. Cette forme d'hémiopie qu'on observe quelquefois en clinique est inexplicable par la théorie de la décussation.

3° Que les parties latérales (angle externe) soient envahies, il en résultera une hémiopie latérale la plus fréquente à la vérité et qu'on invoquait jadis en faveur de la théorie de la décussation, mais elle s'explique aussi simplement par l'entre-croisement complet des nerfs optiques. De plus, comme la partie latérale du chiasma est située à peu près au niveau de la scissure de Sylvius, et qu'il est très-fréquent d'observer précisément dans cette région des lésions diverses, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'hémiopie latérale soit plus fréquente que toutes les autres.

4° Les affections intéressant soit un côté de l'encéphale, soit le point d'émergence des bandelettes, soit les bandelettes elles-mêmes, doivent entraîner des lésions oculaires du côté opposé à leur siége dans le crâne.

(Nous ferons observer que des faits d'une telle importance ne doivent être définitivement acceptés que lorsqu'ils auront été confirmés par l'anatomie pathologique.) CH. ABADIÈ.

Ueber vasomotorische und secretorische Nevrosen des Auges (Sur les perturbations fonctionnelles des nerfs vaso-moteurs et sécréteurs de l'œil), par le Dr NAGEL, de Tubingue. (*Klinische Monatsblætter für Augenheilkunde, t. II, p.* 394, *Erlangen, déc.* 1873.)

Donders a déjà appelé l'attention des observateurs sur les troubles de sécrétion des liquides de l'œil. Il émit le premier l'hypothèse que le glaucome simple était une névrose des nerfs sécréteurs de l'œil. Plus tard, Bowmann fit quelques communications intéressantes sur les changements rapides qui modifient en plus ou en moins la tension intra-oculaire. De Græfe signala sous le nom de phthisie essentielle de l'œil une affection caractérisée par une diminution considérable et subite de la tension oculaire.

Dans le travail que nous analysons, le Dr Nagel fait l'exposé des recherches cliniques qu'il a entreprises sur les variations de cette tension, qui accompagnent souvent d'autres phénomènes pathologiques. Il emploie pour en désigner l'augmentation et la diminution les expressions d'hypertonie et d'hypotonie.

L'hypotonie est très-fréquente et survient non seulement dans la kératite parenchymateuse, mais dans presque toutes les variétés de kératites, particulièrement dans la forme phlycténulaire. Tantôt elle constitue le symptôme prédominant de la maladie, tantôt, au contraire, elle n'est qu'accessoire, coexistant avec des lésions considérables. Elle est constamment associée à un rétrécissement de l'ouverture pupillaire.

Cette diminution de la tension oculaire est accompagnée parfois de douleurs vives, névralgiques, comparables à des attaques de migraine.

Dans certaines maladies de la cornée, qui n'ont aucune gravité apparente, de l'insomnie, un léger mouvement fébrile, des frissons, dénotent encore le trouble plus général de l'innervation vaso-motrice. L'impuissance de l'atropine sur la dilatation de la pupille, bien qu'il n'existe aucune synéchie et aucune complication d'iritis, est une des particularités importantes de cet état.

Plus la tension est faible, plus la pupille est étroite, plus les douleurs névralgiques sont intenses.

Le Dr Nagel a noté dans l'hypotonie, liée ou non à des lésions cornéennes, un changement local dans la température au voisinage de l'œil atteint.

Elle s'élève de 1/2° à 1°, parfois même jusqu'à 4°. Rarement elle diminue ; pourtant, dans une attaque aiguë, la température d'abord plus élevée, descendit ensuite de 2°.

D'autres troubles de l'innervation vaso-motrice, tels que congestion de la moitié de la face, gonflement du nez, frissons, se joignent parfois à celui-là.

La puissance réfringente de l'œil s'accroît. Mais il est difficile d'établir si cette modification tient à une véritable crampe du muscle ciliaire, ou à un changement de position et de fixation du cristallin par suite de la diminution de la tension oculaire.

Les contusions légères du globe oculaire sont suivies fréquemment d'hypotonie. On peut constater expérimentalement ce fait sur les animaux.

Pour le Dr Nagel, il n'est pas douteux qu'il s'agit ici d'une paralysie de la portion cervicale du grand symphatique.

En explorant parfois la région du cou où siége le tronc nerveux, on constate une sensibilité exagérée à la pression. On doit rapprocher de ces phénomènes pathologiques la migraine avec contraction spasmodique de la pupille, que Du Bois Reymond considère comme une névrose du grand symphatique. Il n'est pas rare d'observer la transition de la forme spasmodique à la forme paralytique. Chez le même individu, et dans un espace de temps fort restreint, des phénomènes de paralysie du sympathique peuvent succéder à des phénomènes d'irritation.

Le Dr Nagel a observé aussi l'hypotonie dans un certain nombre de maladies générales considérées comme des névroses du grand sympathique, l'angine de poitrine par exemple.

L'hypotonie accompagnée d'hyperémie limitée à une moitié du visage, l'élévation de la température semblent être le résultat d'une paralysie du grand sympathique ; cette hypothèse est d'autant plus acceptable que Pourfour du Petit constata, il y a déjà 150 ans, que la section du grand sympathique au cou (en dehors des phénomènes bien connus qu'elle produit), est suivie d'une diminution de la tension intrà-oculaire ; ce phénomène a échappé depuis à la plupart des physiologistes, parce qu'ils opéraient sur des lapins, tandis que Pourfour du Petit opérait sur le chien, où il est plus accusé.

Les maladies du sympathique ne sont pas les seules capables de produire l'hypotonie. Donders a déjà observé que la section du trijumeau est suivie d'hypotonie ; par contre, Hippel et Grüenhagen ont prouvé que l'irritation de ce nerf est suivie d'hypertonie. Dans le zona ophthalmique, où il existe des lésions dans les branches du trijumeau et dans le ganglion de Gasser, on a noté souvent une hypotonie considérable.

CH. ABADIE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Cases of orbital diseases (Observations de maladies de l'orbite), par H. MACNAUGHTON JONES. (*Dublin Journal of medical sc., sept.* 1873.)

L'accumulation de pus dans le sinus frontal constitue une affection dangereuse et difficile à traiter. Lawson avait insisté sur le drainage, dont l'application donne les meilleurs résultats. A son exemple, M. Jones l'a employé dans les deux observations suivantes :

1° Abcès du sinus frontal, incision, destruction d'une partie de la voûte orbitaire ; propagation de l'inflammation à la dure-mère, drainage, injections. L'auteur s'est servi d'une petite canule spéciale qui, placée au milieu du foyer, facilitait le passage du pus. Guérison.

2° Abcès de la partie supérieure de l'orbite, incision, carie et nécrose de l'os frontal, drainage et injections ; emploi de la canule précédente. Guérison.

Les observations suivantes sont publiées dans le but de démontrer la nécessité d'opérer de bonne heure les tumeurs malignes de l'orbite, quand on peut les soupçonner ; pratique qui doit s'étendre même aux cas dans lesquels la santé générale n'est pas altérée.

3° Mélanose de l'orbite, extirpation, guérison de la tumeur. Récidive un an; après l'opération, nouvelle opération qui prolongea la vie de la malade pendant quatre mois.

4e Epithélioma de l'orbite, extirpation; guérison. MARCANO.

Caractères et symptômes généraux des paralysies musculaires de l'œil, par CUIGNET, de Lille. (*Recueil d'Ophthalmologie, p.* 24-34, *n° d'octobre, Paris,* 1873.)

Pensant que la description des symptômes généraux des paralysies oculaires laisse à désirer, l'auteur a cherché à combler cette lacune. Il s'agit donc ici d'un chapitre de séméiologie qui échappe un peu à toute analyse. Cuignet examine successivement : les troubles visuels dus aux paralysies, ceux de la déambulation, le vertige oculaire, les attitudes vicieuses, l'état de la vision, le strabisme, l'insuffisance des muscles, l'étendue des mouvements de l'œil malade, les spasmes musculaires, la protusion du globe, la diplopie, le déplacement des objets, l'inclinaison de l'image déplacée, sa neutralisation, l'alternance du strabisme, enfin les phénomènes qui indiquent la guérison ou la non-guérison de la paralysie des muscles oculaires.

Notons en passant que l'auteur admet l'existence de l'incongruence des rétines et cite à cet égard un fait assez curieux. F. TERRIER.

Paralysie du petit oblique du côté droit, par CUIGNET de Lille. (*Recueil d'Ophthalm., 2e série, pp.* 97-108, *janvier* 1874.)

Cette observation est accompagnée de réflexions sur la paralysie du petit oblique en général; l'auteur insiste beaucoup sur ce fait, que dans un certain nombre de cas, c'est l'image de l'œil secondairement dévié qui est inclinée par rapport à celle de l'œil atteint de paralysie.

Ce mode d'inclinaison, qui nous semble exceptionnel et pouvoir recevoir une autre interprétation, « contredit beaucoup, comme le dit « Cuignet, les idées courantes et l'opinion générale, qui rattachent l'in- « clinaison au muscle primitivement dévié. » Cette manière de voir serait, d'après l'auteur, toute théorique et souvent démentie par l'observation clinique; si bien même qu'il faudrait tout à fait reprendre « l'étude pratique de l'inclinaison des images dans les paralysies ocu- « laires. »

L'auteur se propose de publier bientôt ce travail. E. TERRIER.

Des apoplexies spontanées du corps vitré; leur diagnostic, par DAGUENET. (*Recueil d'Ophthalmologie, pp.* 45-55, *n° d'octobre*, 1873, *Paris.*)

L'auteur décrit sous ce nom « les épanchements de sang assez considérables » pour remplir une grande partie du corps vitré et entraîner la cécité.

La pathogénie, les causes, l'anatomie pathologique sont exposées classiquement et avec grand soin; Daguenet insiste avec raison sur les anévrysmes miliaires de la rétine décrits non-seulement par Pagenstecher mais bien étudiés aussi par Liouville.

La symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement n'offrent rien de particulier à signaler. F. TERRIER.

Beitrag zur Lehre von der Knochenneubildung in der Choroidea (Contribution à l'étude du tissu osseux de nouvelle formation dans la choroïde), par le Dr SCHIESS-GEMUSEUS, de Bâle. (*Archiv für Ophthalmologie, XIXe vol., 1re partie, Berlin,* 1873.)

L'auteur de ce travail a pu examiner au microscope 8 yeux énucléés, renfermant du tissu osseux de nouvelle formation à diverses périodes de développement. Voici le résultat de ses observations : Dans les 8 cas sans exception le point de départ du processus morbide se trouvait dans les couches les plus internes de la choroïde. Dans le cas n° 1, il n'était plus possible de reconnaître la chorio-capillaire et la lame vitreuse, elles avaient fait place à une couche de tissu conjonctif hyperplasique parsemée d'îlots de tissu osseux. Dans le n° 2, il était plus difficile de préciser

l'origine du néoplasme, le tissu choroïdien ayant été à peu près complétement détruit par l'envahissement d'une tumeur sarcomateuse. Le cas n° 3 offrait une conservation assez complète des couches externes de la choroïde, tandis que les couches internes étaient déjà envahies par le tissu osseux. Le n° 4 présentait une lamelle osseuse étendue, partie intégrante d'une membrane cellulaire infiltrée çà et là de dépôts calcaires; elle siégeait exactement entre la couche épithéliale altérée et la lame vitreuse, la chorio-capillaire et les couches externes étaient à peu près intactes. — Les altérations étaient si considérables dans le n° 5 qu'il était plus difficile de formuler une opinion précise ; néanmoins il était probable que le tissu osseux reconnaissait la même origine que précédemment. Le n° 6 était tout à fait analogue au n° 4. Enfin les n°s 7 et 8 concordaient avec les précédents.

Il est donc permis de conclure que le tissu osseux de nouvelle formation a constamment son point de départ dans les couches les plus internes de la choroïde. Ce n'est pas toujours dans la chorio-capillaire comme Knapp en a émis l'opinion, puisque dans le cas n° 4 cette membrane était intacte. Le plus souvent il se produit d'abord une couche de tissu cellulaire de nouvelle formation dans laquelle se développe plus tard le tissu osseux. CH. ABADIE.

Sur la névrite optique intra-oculaire due aux tumeurs cérébrales, avec œdème consécutif de la tunique du nerf optique, par SCHMIDT. (*C. rend. du Congrès périod. intern. d'ophthalmologie tenu à Londres en* 1872, *trad. franç.*, *pp.* 166-169, *Paris*, 1873.)

L'auteur adopte la pathogénie de cette lésion, qui s'appuye sur les expériences de Schwalbe, soit : l'existence d'une communication entre l'espace arachnoïdien et la gaîne du nerf optique. A cet égard, Schmidt réfute une objection faite à cette théorie, à savoir l'énorme pression intra-crânienne qu'il faudrait supposer, si les phénomènes se passaient pendant la vie comme après la mort. Les expériences de Manz sur des animaux vivants répondent à cette objection et prouvent l'influence des injections dans l'espace arachnoïdien, sur la papille optique.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur signale comme preuves de l'augmentation de tension dans les tumeurs intra-crâniennes, l'exagération de la résistance de la dure-mère, fait qu'il a constaté nombre de fois.

Dans une méningite purulente de la base, on a trouvé du pus dans la gaîne du nerf optique, ce qui démontre, pour l'auteur, l'existence de la communication signalée par Schwalbe et autres. Enfin, appelant l'attention sur les gaînes optiques, Schmidt dit avoir toujours constaté une certaine mobilité de la gaîne externe sur la gaîne interne. Quelquefois, la gaîne (?) présentait près de la pupille une dilatation extraordinaire, et son incision donnait issue à un liquide séreux assez abondant. Enfin l'atrophie des nerfs optiques s'accompagne d'un relâchement considérable de ses gaînes avec dilatation de la cavité sous-vaginale (ce fait a été confirmé par Manz).

En résumé, l'auteur conclut à l'origine de la névro-rétinite (Staungs-papille) par stase et trouve la méthode thérapeutique de de Wecker parfaitement rationnelle ! F. TERRIER.

Sur l'ophthalmie dite sympathique, par WARLOMONT, Compte rendu du congrès périodique international de Londres, 4e session. (*Édit. française, par Warlomont et Duwez, pp.* 16-28, *Paris,* 1873.)

Décrite, on le sait, par Mackensie, l'ophthalmie dite sympathique ne se traduit pas toujours par l'irido-cyclite ; aussi l'auteur de cette communication pense-t-il que « la dénomination d'ophthalmie sympathique doit être réformée. » Il la remplacerait par les mots : « *cyclite, irido-cyclite, irido-choroïdite, rétinite, kératite, conjonctivite*, etc., » *par sympathie*, façon claire, ajoute-t-il, de localiser utilement les manifestations dues aux réactions dont il s'agit.

Warlomont rapporte longuement trois observations fort concluantes qui viennent à l'appui de sa manière de voir, déjà partagée d'ailleurs par Cohn (de Breslau).

De ces faits, il conclut : « que toute affection chronique d'un œil, « qu'elle soit due au traumatisme ou à une autre cause quelconque, du « moment où elle s'accompagne d'une sensibilité persistante, spontanée « ou provoquée, et quelle qu'en soit la partie atteinte, peut donner lieu, « *par sympathie*, à des manifestations fort diverses sur son congénère, « et ouvrir, par conséquent, si la vision y est immédiatement abolie, « d'incontestables indications à l'énucléation. Je dirai plus : ces irradia- « tions sympathiques peuvent également partir d'un œil ou d'un moignon « parfaitement indolent. »

Au point de vue du traitement, voici les préceptes posés par l'auteur :

1° Toute manifestation sympathique, tenant soit à la perte traumatique de l'œil opposé, soit à sa perte spontanée, que cet œil soit douloureux, enflammé ou non, indique l'*énucléation* de l'œil perdu.

2° Il faut y procéder le plus tôt possible.

3° Quand un œil vient d'être détruit par un traumatisme, il est indiqué de faire l'énucléation préventive. On rend ainsi un grand service au blessé, en prévenant l'ophthalmie sympathique. F. TERRIER.

Documents pour servir à l'histoire des affections sympathiques de l'œil, par H.-M. DRANSART. (*Thèse de Doctorat de Paris, n°* 438, 1873.)

Dans la première partie de son travail inaugural, l'auteur examine les lésions papillaires, qu'on doit considérer comme des formes de l'ophthalmie dite sympathique. C'est en s'appuyant principalement sur un fait observé à la clinique d'Abadie, que Dransart a pu réunir quelques autres documents et en tirer certaines déductions intéressantes.

D'après ses recherches, les lésions papillaires d'origine sympathique

seraient : soit un trouble vasculaire caractérisé par un spasme des artères de la pupille; soit une rétinite rétro-bulbaire; soit enfin une atrophie simple. Quant à l'excavation papillaire signalée par Rondeau et de Græfe, l'auteur ne l'a pas observée jusqu'ici.

H.-N. Dransart consacre la deuxième partie de son travail à l'examen de l'étiologie et de la pathogénie des phénomènes sympathiques. A l'étiologie très-connue et développée dans tous les auteurs d'ophthalmologie ; l'auteur ajoute quelques remarques sur l'influence des lésions purement rétiniennes ou chorio-rétiniennes, et sur l'existence des coques osseuses qui se développent entre la rétine et la choroïde des yeux atrophiés.

Quant à la pathogénie des phénomènes sympathiques, voici ce qu'en dit l'auteur : « Il ressort de l'exposé que nous venons de faire des di-« verses opinions sur la pathogénie des phénomènes sympathiques, que « si la cause première réside le plus souvent dans l'irritation d'un des « filets ciliaires, quelquefois, mais rarement, dans la rétine ou le nerf « optique (cas de Cohn), cette cause agit le plus souvent, sinon toujours, « par l'intermédiaire du grand sympathique, par les vaso-moteurs. » Il reste à savoir par quelle voie se fait la transmission de l'excitation primitive aux filets sympathiques? L'auteur n'a voulu que poser le problème sans se lancer dans les théories, et on ne peut que l'en féliciter.

A propos de la thérapeutique, qui constitue la 3e et dernière partie de sa thèse, H. Dransart, passant en revue les diverses méthodes opératoires préconisées contre l'ophthalmie sympathique, conseille d'utiliser la section des nerfs ciliaires proposée par Rondeau en 1866.

F. TERRIER.

Du catarrhe du sac lacrymal et de ses complications, par H. ROMIÉE, de Liége. (*Broch.*, 95 *p.*, *Liége*, 1873.)

Ce travail contient une étude consciencieuse du catarrhe du sac lacrymal et des complications auxquelles il donne lieu, soit la tumeur et la fistule lacrymales. L'auteur, on le conçoit, donne une grande extension à la partie thérapeutique et insiste plus particulièrement sur les injections modificatrices faites dans le sac lacrymal, traitement qu'il préconise plus que tout autre.

Après un exposé assez complet des méthodes de traitement actuellement en usage, H. Romiée insiste sur leur multiplicité et sur la difficulté de les utiliser d'une façon rationnelle. Certaines indications, ajoute-t-il, doivent guider le praticien dans le choix du traitement; or, ces indications peuvent être divisées en : 1° indications causales; 2° indications morbides; 3° indications symptomatiques.

Nous ne dirons rien des indications causales (diathèses, affections locales, etc.), pour insister un peu plus sur les indications morbides.

Dans la dacryocystite chronique simple, l'auteur se sert des injections modificatrices, soit avec de l'eau froide, soit avec la teinture d'iode. Dans ce dernier cas, pour éviter l'action de l'iode sur la conjonctive, Romiée oblitère l'un des canaux lacrymaux, le supérieur d'ordinaire, en y

plaçant une fine tige de *laminaria;* cette introduction nécessite presque toujours la dilatation préalable du point et même celle du conduit lacrymal. Cette oblitération faite, la canule d'une seringue de Pravaz, chargée elle-même de 10 gouttes de teinture d'iode, est placée dans le canalicule inférieur, enfoncée jusque dans le sac et l'injection est poussée. L'injection est laissée quelques secondes, pendant lesquelles on malaxe légèrement la région du sac. Puis, faisant marcher le piston de la seringue en sens inverse, on aspire la plus grande partie du contenu du sac ; la canule et la tige de laminaire sont alors retirées.

Dans quelques cas, pour éviter l'occlusion inflammatoire du canal nasal, consécutive à l'injection, l'auteur pratique le cathétérisme avec la sonde de Bowmann n° 1, introduite sur le point lacrymal supérieur, non ouvert.

Lorsqu'on fait les injections chez les enfants, comme il n'est pas facile de placer la tige de laminaire, Romiée se sert d'une seringue spéciale à deux pistons, ce qui permet de neutraliser très-vite le liquide irritant (azotate d'argent) introduit dans le sac. On conçoit que l'un des corps de pompe contient le sel d'argent, tandis que l'autre renferme du chlorure de sodium.

Cette seringue à double corps de pompe, munie d'une canule spéciale offrant une dilatation dans son trajet, peut encore être utilisée pour projeter dans le sac exclusivement de la poudre de nitrate d'argent; dès que le patient ressent un peu de douleur, on fait jouer l'autre piston et on neutralise avec la solution salée.

La dacryocystite s'accompagne-t-elle de rétrécissement du canal nasal, l'auteur conseille de traiter d'abord le catarrhe du sac, puis d'attaquer le rétrécissement et cela par la méthode de Bowmann, ou bien même par les sondes à demeure. Quant aux autres complications, tumeur, fistule, mucocèle, H. Romiée croit, trop facilement selon nous, qu'il suffit des injections et du cathétérisme pour les guérir.

Une idée générale domine tout ce travail, c'est que le catarrhe du sac est une affection distincte de l'oblitération du canal nasal; que ces lésions se compliquent l'une l'autre mais peuvent exister séparément. Nous croyons que l'auteur a beaucoup trop exagéré dans cette affirmation.

F. TERRIER.

Sur la valeur de la myotomie intra-oculaire dans la myopie, par J.-V. SOLOMON, de Birmingham, Compte rendu du congrès périod. internat. d'ophthalmologie, tenu à Londres en 1872, 4e session. (*Trad. franç., par Warlomont et Duwez, pp.* 70-73. *Paris*, 1873.)

Voici comment l'auteur procède à cette opération :

A l'aide d'un petit couteau à cataracte de Beer, on fait une incision de 2 lignes ou 2 lignes 1/2 « parallèlement à l'équateur du globe oculaire, à travers le point d'union de la sclérotique et de la cornée, l'insertion de l'iris et le muscle ciliaire. » Le couteau est retiré lentement pour éviter toute procidence de l'iris ou du corps vitré. Le patient est anesthésié. L'occlusion de l'œil, le repos, la diète, quelques laxatifs, enfin l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille, tel est le traitement ultérieur.

L'auteur cite deux observations seulement à l'appui de sa thèse ; c'est bien peu pour faire adopter cette méthode thérapeutique, rejetée par Donders.

F. TERRIER.

De l'avancement musculaire au moyen du double fil, par L. de WECKER. (*Ann. d'oculist., nov. et déc.* 1873, *p.* 222-232.

L'auteur fait remarquer que, jusqu'ici, l'avancement musculaire a été peu utilisé, bien que ses indications soient souvent préférables à celles du reculement du muscle antagoniste. C'est, ajoute-t-il, parce que l'opération de l'avancement du tendon, quelque simplifiée qu'elle ait été par Critchett, est encore difficile, en fait assez complexe et entraîne une légère difformité. De Wecker a donc cherché à apporter au manuel opératoire un certain nombre de modifications qui portent :

« 1° Sur la suppression du reculement du muscle antagoniste.

« 2° Sur la suture du muscle et sur la traction destinée à l'avancer. »

Grâce à cette manière de faire, « on réduit, dit-il, l'avancement mus- « culaire au simple détachement du tendon d'un muscle avec emploi de « deux sutures ; » encore faut-il que ces sutures soient faites suivant des règles déterminées, afin que la direction du tendon ne soit pas faussée.

Voici le procédé opératoire décrit par de Wecker :

1er temps. — L'écarteur placé, l'œil est dirigé du côté opposé au point où on veut faire l'avancement du muscle. La conjonctive est incisée, près du bord de la cornée, sur une étendue de 10 à 12 mm ; elle est décollée au-dessus du muscle, et le grand crochet à strabisme est placé sous le muscle et sous le tendon qu'on détache avec soin de la sclérotique. Le détachement de ce tendon est complété à l'aide du petit crochet et de ciseaux. Si le muscle détaché glissait du grand crochet, on le maintiendrait avec des pinces en saisissant le tendon et la conjonctive.

2e temps. — Le crochet qui maintient le muscle est soulevé, et on traverse celui-ci et la conjonctive de dedans en dehors avec l'aiguille à double fil. A cet effet, il faut avoir un fil de soie peu épais, mais solide, portant trois aiguilles, une au milieu de l'anse, c'est celle que nous venons d'utiliser, et une à chaque extrémité du fil. L'aiguille moyenne doit pénétrer à 3 ou 4 mm du bord détaché du tendon et exactement au milieu de la largeur du muscle.

Quant aux deux autres aiguilles elles sont introduites vers les extrémités de la section conjonctivale primitive et ressortant à 3 ou 4 mm. au-dessus et au-dessous de la circonférence de la cornée. On coupe le fil près des aiguilles et on fait les deux sutures. De Wecker conseille de se servir surtout des aiguilles à double œillet, de Mathieu, pour éviter leur glissement.

Ces points sont laissés au moins 48 heures, au plus 3 à 4 jours. Un simple bandeau contentif constitue tout le pansement. Cette opération serait indiquée surtout :

1° Dans le strabisme divergent (myopique) par insuffisance des droits internes ;

2° Dans quelques cas de strabisme paralytique, avec retour partiel de la fonction musculaire, ou arrêt complet de cette guérison ;

3° Lors de strabisme secondaire, sans rétraction trop accusée de l'antagoniste, si bien que relâché il permette l'excursion de la cornée jusqu'au milieu de la fente palpébrale, et cela du côté anciennement sectionné, bien entendu.

De Wecker ne peut encore se prononcer sur l'application de cette méthode aux formes de strabisme concomitant, convergent, hypermétropique. F. TERRIER.

Procédé pour l'enlèvement des dépôts pupillaires, par W. BOWMAN, de Londres. (*Compt. rend. du Congrès ,périod. intern. d'ophthalmol. tenu à Londres en* 1872 (*trad. franç.*), *p.* 202-203, *Paris*, 1873.)

Bowman propose ce procédé pour débarrasser la pupille de productions pseudo-membraneuses, ou bien encore pour une cataracte avec exsudations capsulaires, une *cataracte adhérente*, suivant l'expression de de Wecker.

Pour éviter des tractions sur l'iris et leurs conséquences inflammatoires, l'auteur fait pénétrer le couteau lancéolaire ordinaire dans l'iris et enfonce sa pointe jusque dans la lentille cristallinienne. Le couteau est retiré et remplacé par des ciseaux, dont une des branches est conduite en avant de l'iris, tandis que l'autre engagée dans l'ouverture faite à l'iris, pénètre derrière les fausses membranes et le diaphragme oculaire. Cette manœuvre est faite aux deux extrémités de l'incision pratiquée avec le couteau, de façon que les deux sections viennent converger à leur sommet. Il suffit alors de saisir avec des pinces et d'attirer au dehors tout le lambeau ainsi taillé : la lentille accompagne d'ordinaire cette extraction des membranes.

Dans les cas où une pseudo-membrane existe derrière l'iris, l'auteur conseille toujours l'emploi de son procédé d'excision avec les ciseaux, mais il modifie un peu la manière de sectionner la cornée, car il agit avec les deux mains armées de couteaux et fait une double ouverture simultanée aux deux extrémités d'un des diamètres de cette membrane.

Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer que Bowman utilisait, dès 1872, l'emploi des ciseaux et la section triangulaire de l'iris, préconisée comme *nouvelle* par de Wecker pour extraire des cataractes adhérentes (*R. S. M.*, t. II, p. 956) en une seule séance. Il est au moins singulier que dans son article des *Annales d'oculistique* (5e et 6e livraisons, mai et juin 1873), de Wecker n'ait pas cru devoir mentionner la communication de Bowman au congrès ophthalmologique de Londres, communication qu'il a dû entendre. F. TERRIER.

Trépanation médiane de l'œil, par CUIGNET, de Lille. (*Recueil d'ophthalmologie, 2e série, p.* 108-113, *janvier* 1874.)

L'opération fut faite sur un œil, ou plutôt sur un moignon, dont la cornée était opaque, le cristallin probablement absent et dans lequel on pouvait constater des phosphènes, une certaine sensibilité à la lumière et une très-suffisante étendue du champ visuel.

Une pince, saisissant le moignon à son centre, l'auteur fit autour des mors de la pince une section circulaire, de manière à tailler une rondelle de 2 mm environ. Cette section fut faite avec un couteau ordinaire à cataracte.

La vision, rétablie aussitôt, ne tarda pas à disparaître; des pseudo-membranes bouchèrent l'ouverture comme on s'y attendait, et, malgré une nouvelle excision, on n'obtint aucun résultat.

L'auteur ajoute que si l'ouverture cornéale seule avait eu de la tendance à revenir sur elle-même, il s'y serait opposé « en interposant un « corps étranger, un petit bouton de chemise en gutta-percha. » Cuignet allait même plus loin ; il se proposait de trouer ce bouton et d'y adapter un verre pour laisser passer la lumière et empêcher l'issue du corps vitré.

En fin de compte, l'auteur est loin de conseiller la trépanation, et la croit destinée « à rejoindre aux oubliettes le déplacement de la pupille, « la synéchotomie, etc., » à propos desquelles, ajoute-t-il, on a fait trop de bruit. F. TERRIER.

De la correction positive de la déviation des muscles de l'œil, par Georges COWELL. (*Compte rendu du congrès ophth. de Londres, tenu en* 1872 (*trad. française*), *p.* 233-234, *Paris,* 1873.)

Voici les conclusions pratiques de cet intéressant travail :

1° Dans l'insuffisance des muscles droits internes, il faut pratiquer l'avancement du tendon et éviter la section du droit externe.

2° Dans l'insuffisance qui succède à la section récente du droit interne, il faut avancer le tendon divisé et éviter la section du tendon du droit externe. La déviation peut *toujours* être corrigée sur cette dernière opération.

3° Dans beaucoup de cas de divergence de longue durée et survenus après la division du tendon du droit interne, il devient nécessaire, à cause de la rétraction ou du raccourcissement du muscle droit externe, c'est-à-dire du surcroît de déviation positive, de recourir à la division du tendon du droit externe et à l'avancement de celui du droit interne. Mais il y a souvent affaiblissement du droit externe, doué d'un faible pouvoir d'abduction; aussi la division de son tendon diminuerait-elle sensiblement l'abduction de l'œil.

4° Dans certains cas de strabisme convergent, très-prononcés et de date ancienne, le parallélisme est impossible sans l'avancement du tendon du droit externe affaibli, simultanément avec la section du tendon du droit interne.

Ces idées viennent d'être reprises comme nouvelles par de Wecker. (*Ann. d'Ocul*, nov. et déc. 1873, p. 225 et suiv.) F. TERRIER.

Nouveau procédé opératoire pour le traitement de l'entropion, par le Dr CYWINSKI. (*Thèse de St-Pétersbourg,* 1872.)

Ce procédé n'est autre chose qu'une modification de celui d'Jæsche et d'Arlt. Voici en quoi il consiste. Le malade étant placé dans un fauteuil,

l'opérateur saisit avec la pince de Desmarres un pli de la peau sur la paupière malade. Ce pli doit être plus ou moins grand, suivant le degré du renversement. Après ce premier temps, le chirurgien soulève la pince et redresse ainsi la paupière. Alors, avec un petit couteau, il incise le bord palpébral à partir de l'angle externe de l'œil jusqu'au point lacrymal. Par cette incision, profonde de trois à six millimètres, le chirurgien sépare la peau et les bulbes ciliaires du cartilage et des glandes de Meibomius. Ensuite l'opérateur, par un mouvement convenable donné à la pince, remet la paupière à sa place, et avec le ciseau de Cooper excise le pli cutané retenu par la pince. D'après cette description rapide, on voit que la seule différence entre ce procédé et celui d'Jæsche et d'Arlt, consiste en ce que, dans le premier, le lambeau reste en partie adhérent au cartilage, tandis que dans le dernier il en est complétement séparé. L'adhérence de la peau au cartilage empêcherait, d'après le docteur Cywinski, la gangrène du lambeau, accident que l'on observe souvent à la suite de cette opération.

Voilà les conclusions de l'auteur :

1° Son procédé est différent de tous ceux qui ont été proposés ou exécutés jusqu'à présent;

2° Le manuel opératoire en est facile et rapide;

3° Ce procédé empêche la récidive;

4° Il est aussi facile à exécuter sur la paupière supérieure que sur l'inférieure.

HENSZEL.

On the treatment of some eye diseases by means of the constant current, par DRIVER, de Chemnitz. (*Arch. of ophthalm. and otology, vol. III, n° 1, pp.* 226-237, *New-York*, 1873.)

L'auteur fait usage de l'appareil du Dr Stohrer (de Dresde). Le courant peut être utilisé de trois manières : *a*) Il peut être dirigé à travers la tête, soit longitudinalement, de la nuque au front; soit transversalement, d'une tempe ou d'une apophyse mastoïde à l'autre.

b) On peut galvaniser le sympathique d'un ou des deux côtés.

c) Enfin on agit directement sur l'œil.

Presque toujours, l'anode est placé à la nuque, tandis que, le catode répond soit au front, soit au ganglion cervical, soit enfin aux paupières.

Driver recommande l'emploi du courant continu dans les affections suivantes :

I. — La neurorétinite d'origine cérébrale, la neurorétinite symptomatique.

II. — Les amblyopies sans lésions ophthalmoscopiques, celles qui succèdent à l'alcoolisme, à l'abus du tabac, bien que d'ailleurs les résultats soient peu encourageants.

III. — L'atrophie du nerf optique.

IV. — Les affections des muscles de l'œil.

L'auteur proscrit l'emploi du courant continu dans les taches et le leucoma de la cornée.

F. TERRIER.

Instruments nouveaux, par WARLOMONT. (*Annales d'oculistique, nov. et déc.* 1873, *p.* 219-225.)

Ces divers instruments dus à Warlomont sont :

I. — Un *kystitome caché*, faisant saillie lorsqu'on vient à appuyer sur une pédale adaptée au manche de l'instrument. Grâce à cet appareil, on évite le tiraillement de l'iris, l'éraillement possible de la face postérieure de la cornée, etc.

II. — Un *crochet à décollement*. C'est encore un crochet qui ne fait saillie qu'au moment où l'on appuie sur la pédale de l'instrument. Son emploi permettrait de revenir un peu à la pratique de l'iridodyalise.

III. — Une *aiguille-crochet* pour la déchirure des fausses membranes, capsules opaques, etc., siégeant dans la pupille. Cette aiguille est destinée à faciliter, autant que possible, l'opération préconisée par Streatfield au congrès de Londres. (Voyez *R. S. M.*, t. III, p. 388, 1er fasc.)

L'instrument de Warlomont est une aiguille courbe, formée de deux lames qui glissent à frottement. La pédale abaissée, l'aiguille paraît simple, si on abandonne la pédale, l'une des lames glisse en arrière, et dégage l'autre, qui, semblable à une aiguille à cataracte, présente une petite encoche près de sa pointe. Cet instrument, comme le dit l'auteur, est absolument modelé sur l'aiguille à dédoublement de Gerdy pour la réclinaison de la cataracte.

Voici maintenant comment on doit opérer : « Le malade anesthésié a « l'œil ouvert et fixé, une aiguille à arrêt (*stop-needle*) à très-forte cour- « bure est introduite par la cornée, traverse le centre du septum à atta- « quer, et y est maintenue : l'aiguille-crochet (*hook-needle*) est introduite « à son tour par un point opposé de la cornée et conduite dans la même « ouverture que vient de faire la première aiguille : celle-ci fixe la mem- « brane, tandis que l'autre la déchire ; pour retirer cette dernière on dé- « tend la pédale. »

F. TERRIER.

De la maladie de Ménière (Vertigo ab aure læsâ), leçon de M. CHARCOT, recueillie par M. Bourneville. (*Prog. méd.*, *p.* 37 *et* 50.)

M. Charcot montre une femme atteinte de maladie de Ménière, et en fait la description.

Elle porte sur le visage l'expression d'un profond effarement; à la moindre impulsion qu'on donne à son lit, elle se cramponne, en proie à un état vertigineux continuel; celui-ci, analogue au sentiment que produit la vue d'un précipice, existe nuit et jour, surtout dans la station verticale. En même temps que cet état vertigineux, on observe chez cette femme des accès, caractérisés par la sensation d'un brusque mouvement de translation, dont le seul indice extérieur est un tressaillement. Cette hallucination motrice, qui peut être une sensation de culbute ou de rotation, est suivie d'anxiété, de pâleur, sueurs froides, nausées et vomissements dans la plupart des cas. La malade a toujours une sensation de sifflement dans les oreilles, surtout la

gauche, et ce sifflement augmente d'intensité un peu avant les accès. Il se produit de temps à autre, depuis fort longtemps, des écoulements de pus mêlé de sang par les deux oreilles, surtout par la gauche. A droite, la membrane du tympan est épaissie, couverte de dépôts verdâtres; à gauche, elle a disparu, remplacée par des bourgeons fongueux. Il y a de ce côté un affaiblissement considérable de l'ouïe. Les premiers accidents remontent à 24 ans; les accès se sont rapprochés, et depuis six ans l'état vertigineux est continuel. Il y a eu de plus des accidents hystériques qui sont encore représentés aujourd'hui par une hémianesthésie gauche incomplète, avec ovaralgie du même côté.

M. Charcot insiste, à un point de vue général, sur quelques symptômes qui permettent de poser le diagnostic de cette maladie, dans les cas douteux. Il existe une relation intime entre le développement soudain des bruits d'oreille, ou l'exaspération brusque de ces bruits, et l'invasion des sensations vertigineuses. Une fois l'attention éveillée par cette corrélation, l'examen de l'appareil auditif fera reconnaître toujours l'existence de symptômes locaux accusant des maladies diverses de l'oreille. Il y a lieu de croire qu'une pression exercée sur le tympan et propagée au labyrinthe par la chaîne des osselets, suffit à déterminer les symptômes du vertige de Ménière. Le vertige a des caractères spéciaux; c'est la sensation d'un mouvement de translation de manière à figurer une chute en arrière ou en avant, ou bien d'une culbute, ou bien d'une rotation autour d'un axe vertical. Il peut arriver qu'une chute ait lieu réellement. Pendant la crise, le malade conserve absolument la conscience de ses actes. Comme phénomènes accessoires, les vomissements, la pâleur de la peau, la sueur, la céphalalgie sont fréquents. Les crises, d'abord éloignées, deviennent subintrantes.

Quant au pronostic, la surdité s'accuse progressivement, devient absolue, tandis que les symptômes vertigineux et les sifflements disparaissent. La maladie résiste très-souvent aux traitements les mieux dirigés; l'ouverture d'un abcès de l'oreille moyenne, des pointes de feu appliquées sur la région mastoïdienne, quelquefois le traitement vulgaire d'un catarrhe de la caisse ont fait disparaître les symptômes les plus accusés. J. C.

Clinical notes on cases of contraction of the external auditory meatus (Notes cliniques sur certains cas de rétrécissement du méat auditif externe), par OGLESBY. (*The Lancet*, 17 *janv.* 1874, *I*, *p.* 92.)

Plusieurs malades observés par Oglesby à *Leeds general Infirmary* présentaient un rétrécissement considérable du conduit auditif externe, qui n'offrait guère que les dimensions d'une tête d'épingle. Cet état avait succédé à un écoulement purulent du conduit, et s'accompagnait de surdité. L'examen de la membrane du tympan était impossible, mais il n'y avait aucun symptôme qui indiquât une affection des organes de l'ouïe.

Oglesby s'est servi avec avantage, pour le traitement, de la dilatation au moyen de bougies en gomme élastique bien huilées qu'il introduit dans le conduit en les poussant doucement jusqu'au voisinage de la membrane du tympan, et qu'il laisse en place une demi-heure. Cette petite

manœuvre est renouvelée une fois par semaine jusqu'à guérison complète.

Le rétrécissement est le résultat d'une inflammation aiguë du derme, suivie d'une sécrétion abondante de pus avec rougeur et sensibilité vive du conduit. Mais la durée de ces symptômes est très-courte et, au bout de quelques jours, les malades se croient guéris. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines ou même de quelques mois que se manifeste la surdité. Lorsque l'inflammation est moins aiguë et se prolonge, on voit rarement survenir le rétrécissement et la surdité.

La syphilis peut aussi, suivant Oglesby, produire le rétrécissement du conduit. Dans ce cas, ce sont généralement les parois osseuses qui sont malades et non les parties molles. E. DELENS.

Ueber eine neue Operation am Trommelfell (Sur une nouvelle opération pratiquée sur la membrane tympanique), par le prof. VOLTOLINI. (*Schlesische Gesellsch. für vaterlænd. Cultur. — Allg. med. Central-Zeitg, p.* 1121.)

L'auteur compare à la cataracte les affections diverses qui empêchent le fonctionnement de la membrane tympanique et, de même que la vue se rétablit après l'extraction du cristallin malade, de même l'ouïe doit être améliorée lorsque la membrane du tympan est perforée de manière à ne pas arrêter les vibrations de l'air. Déjà Riolan avait proposé cette opération qui a été souvent pratiquée depuis, mais on n'avait pas pu empêcher la cicatrisation de l'ouverture artificielle qui annulait ainsi tous les résultats obtenus. Le moyen proposé par Voltolini pour remédier à cet inconvénient consiste dans l'application d'un petit anneau d'or autour du manche du marteau. On fait une incision à la membrane du tympan de chaque côté du manche du marteau et l'on fait passer dans les incisions les deux extrémités de l'anneau ouvert. Le manche du marteau étant ainsi interposé entre les branches de l'anneau, celles-ci sont resserrées à l'aide d'une petite pince. L'auteur présente des malades qui confirment les bons résultats de ce procédé. KLEIN.

Observations.

Case of idiopathic hyalitis; acute inflammation of the vitreous humour of both eyes (Inflammation aiguë spontanée du corps vitré des deux yeux), par Spencer WATSON, royal medical and chirurgical Society. (*The Lancet*, 25 *oct.* 1873, *II, p.* 595.)

Homme de trente ans environ, atteint d'un affaiblissement de la vue qui, dans l'espace de quelques jours le mit dans l'impossibilité de se conduire. L'ophthalmoscope montra un trouble uniforme de l'humeur vitrée. Le diagnostic fut d'abord incertain, cet individu ayant des habitudes d'alcoolisme et étant un grand fumeur. Il portait, en outre, un ulcère de nature suspecte à une jambe, toutefois sans aucune autre trace de syphilis constitutionnelle ni d'une autre maladie. Sous l'influence de l'administration du mercure

porté rapidement à une dose suffisante pour rendre les gencives gonflées et douloureuses, la vision s'améliora et fut complétement rétablie en dix jours. L'ulcère de la jambe guérit en même temps.

S. Watson se fonde sur l'effet de la médication mercurielle pour admettre la nature syphilitique de l'affection oculaire. Il fait remarquer que l'inflammation du corps vitré peut se rencontrer en dehors de tout traumatisme et en l'absence d'iritis ou de choroïdite ainsi que d'altération de la rétine.

M. Cooper Forster incline à croire que l'abus du tabac est plus capable que la syphilis de déterminer l'inflammation du corps vitré. E. D.

Remarkable nervous perturbation (Troubles réflexes de l'olfaction), par ROBERTSON. (*The Boston med. and surg. journ.*, 18 *sept.* 1873, *p.* 280.)

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui avait été opérée de la cataracte par extraction. Elle était atteinte d'irido-choroïdite depuis plusieurs semaines, lorsqu'un jour elle se plaignit de souffrir d'une odeur des plus intolérables et telle qu'elle n'en avait jamais senti d'analogue. Comme il n'y avait dans l'appartement aucune odeur appréciable pour d'autres personnes, on fut en droit de considérer cette sensation comme subjective, et de l'attribuer à une excitation réflexe du nerf olfactif. Sous l'influence d'une injection de morphine au bras, la malade s'endormit et lorsqu'elle se réveilla elle était débarrassée de cette détestable odeur. CH. P.

Anévrysme diffus primitif intrà-orbitaire; guérison par inflammation du sac, gangrène du globe oculaire, par JULLIARD. (*Gaz. des hôpitaux*, 1873, *pp.* 740, *etc.*)

Observation. — Chez une femme de 69 ans atteinte d'une légère affection du cœur et ayant les artères athéromateuses, il se produit tout à coup, sans aucun antécédent, un anévrysme diffus intrà-orbitaire qui détermine un exorbitis considérable et une inflammation immédiate avec douleur, rougeur, chaleur et réaction générale.

On ne constate d'abord ni souffle ni frémissement, mais de simples battements. Bientôt ceux-ci prennent de l'intensité et le susurrus avec renforcement que percevait la malade devient appréciable pour le chirurgien. La compression de la carotide fait cesser les battements, mais ne détermine pas l'affaissement de la tumeur.

L'œil s'altère vite; au 3e jour il est complétement sphacélé ; les battements persistent jusqu'au 25e jour après avoir diminué peu à peu. L'œil est totalement éliminé le 35e jour. Quant à la tumeur orbitaire résultant de l'oblitération de l'anévrysme diffus, elle diminue progressivement et rentre dans l'orbite dans l'espace de 10 mois.

« C'est à l'exorbitisme excessif qu'est dû le sphacèle du globe de l'œil, phénomène d'une extrême rareté et dont je n'ai pu trouver l'analogue que dans l'observation de Freer de Birmingham. »

La tumeur avait le volume de la moitié du poing. Julliard se borna à l'application permanente d'une vessie de glace. L. H. F.

Zur Kenntniss der Tuberculose des Auges (Sur la tuberculose des yeux), par le Dr PERLS. (*Archiv für Ophthalmologie, XIXe vol., 1re partie*, 1873.)

Manz et Cohnheim ont démontré que les granulations tuberculeuses apparaissaient parfois dans la choroïde. Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, nos 1 et 2, 1869) affirme qu'on peut les rencontrer aussi dans la rétine. Enfin Gradenigo a cité un cas d'iritis tuberculeuse dans lequel l'autopsie et l'examen histologique semblent avoir confirmé ce diagnostic. Le Dr Perls rapporte un nouveau cas d'iritis tuberculeuse observée sur un enfant. Voici d'après Jacobson, auquel le malade fut montré, le tableau clinique de la maladie;

L'œil malade était à demi ouvert, il existait une faible injection périkératique un peu de photophobie, sécrétion des larmes légèrement augmenté, ni mucosité dans les culs-de-sac de la conjonctive, ni gonflement des paupières.

L'attention de l'observateur était tout de suite attiré par la présence d'une petite tumeur ronde nettement délimitée, de 2 à 3 millimètres de diamètre, située dans le tissu de l'iris, entre la pupille et le bord ciliaire, la cornée était parfaitement transparente. Le père ayant eu la syphilis, on n'hésita pas à porter le diagnostic de gomme de l'iris qui fut maintenu jusqu'à la mort du malade, l'autopsie seule permit de le rectifier. Vers le 14e jour de la maladie, la plus grande partie de la cornée avait perdu sa transparence, elle avait pris une forme éctatique comme dans un staphylôme partiel, le bord libre de la paupière supérieure était œdématié. Il y avait du pus dans la chambre antérieure, et les portions de l'iris qu'on pouvait encore apercevoir semblaient infiltrées par une masse d'un blanc jaunâtre.

Cet état persista jusqu'à la mort du malade ; il ne survint pas de perforation.

A l'autopsie on trouva une infiltration granuleuse des poumons et d'autres viscères; l'examen histologique de l'œil, fait avec le plus grand soin, démontra que les produits morbides de l'iris n'étaient autre chose que des granulations tuberculeuses.

Jacobson fait observer que l'on pourra peut-être, dans des cas analogues, éviter une erreur de diagnostic en tenant compte de la coloration jaune clair, presque blanche du néoplasme, de l'absence complète de vaisseaux, de sa forme nettement arrondie, enfin de l'envahissement rapide des parties adjacentes, toutes choses qui n'existent pas d'ordinaire dans les gommes de l'iris. CH. ABADIE.

Note sur l'incision du nerf optique dans certains cas de névro-rétinite, par de WECKER; Compte rendu du congrès périod. internat. d'ophthalm. tenu à Londres en 1872. (*Trad. franç. par Warlomont et Duwez, p. 11, Paris* 1873.)

Adoptant la théorie de Schwalbe, H. Schmidt, Manz, etc., à propos de l'influence exercée par une exagération de la pression intrà-crânienne sur le développement de la névro-rétinite, de Wecker cherche par son opération, à remplir les deux indications suivantes :

1° Procurer une issue au liquide cérébral accumulé, en faisant une ouverture à la gaîne externe du nerf optique;

2° Combattre l'étranglement du nerf en pratiquant une incision de l'anneau sclérotical, au point de jonction de la gaîne avec les membranes enveloppantes de l'œil.

De ces indications, la première seule a été remplie dans les deux opérations faites par de Wecker; car, par prudence, croyons-nous, il a cru devoir s'adresser à des patients dont la cécité presque complète était symptomatique de tumeurs cérébrales.

Pour faire cette opération, il faut inciser entre les muscles droits externe et inférieur, et à un centimètre de la cornée; avec des ciseaux mousses, on pénètre entre le globe oculaire et la capsule de Ténon jusqu'au nerf optique. L'œil luxé en haut et en dedans par une spatule introduite dans la plaie, on sent profondément le nerf distendu et on se sert alors du *névrotome caché* de l'auteur. Cet instrument ne pourrait-il pas être remplacé par un simple bistouri? nous l'espérons, puisqu'à la prochaine occasion de Wecker ne propose rien moins que « d'introduire le doigt jusqu'au nerf » afin de pouvoir placer plus facilement son instrument.

Nous avons déjà dit que, sauf la diminution des maux de tête, les résultats obtenus sont des plus obscurs et des plus contestables.

F. TERRIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANALYSES.

Two years of hospital practice (Deux années de pratique hospitalière), par G.-W. CALLENDER. (*St Bartholomew's hospital Reports, vol. IX*, 1873, *pp.* 1-46.)

L'auteur passe en revue les cas traités dans ses salles pendant deux années, jusqu'à la fin de mai 1873.

Dans un premier tableau, nous voyons que sur 179 opérations de tout genre (moins les hernies), il n'a eu que 5 décès.— Il a pratiqué 17 amputations, toutes suivies de guérison; il a traité 22 fractures compliquées, et les a toutes guéries, enfin sur 16 cas de hernie, il a eu 5 morts.

D'après un second tableau, trente amputations, dont 13 de la cuisse, 13 de la jambe, 1 du bras et 3 de l'avant-bras, pratiquées les unes par sir James Paget, les autres par Callender, ont toutes les trente été suivies de guérison.

Ce qui ajoute à l'intérêt de ces statistiques, c'est que tous les

blessés ou opérés ont été traités dans les vieilles salles de l'hôpital ; les seuls malades traités dans des chambres isolées ont été les opérées d'ovariotomie, de fistule vésico-vaginale et de déchirure du périnée. De là cette conclusion qu'avec des soins appropriés et une surveillance attentive, les malades sont aussi bien dans un hôpital que partout ailleurs.

Pour justifier une semblable proposition, l'auteur indique la marche régulièrement suivie dans le traitement de ses opérés.

On ne doit négliger aucun détail, aussi futile qu'il puisse paraître. A moins d'urgence on ne doit opérer un malade que lorsque son état général, scrupuleusement examiné, ne laisse rien à désirer.

Dans quelques cas on doit préparer le malade à certaines conditions auxquelles il sera soumis après l'opération. Ainsi, pendant quelques jours avant d'opérer, on maintiendra rapprochées les lèvres d'un bec de lièvre, à l'aide d'agglutinatifs. — Si l'on doit avoir recours à la suspension du moignon ou du membre après une amputation ou une résection, on y habituera le patient plusieurs jours à l'avance. De même, on exercera les gens de service à pratiquer le cathétérisme chez les femmes qui devront subir une opération, soit de fistule vésico-vaginale, soit de déchirure du périnée.

En ce qui concerne les plaies, soit d'opération, soit accidentelles, il faut éviter autant que possible le séjour de corps étrangers; aussi la torsion est-elle préférable à la ligature. W. Callender n'a eu qu'une seule fois une hémorrhagie de retour ; c'était par un petit vaisseau qui n'avait pas été tordu.

On procède au pansement lorsque tout écoulement sanguin a cessé.— On lave avec une solution aqueuse tiède d'acide phénique au 20me, ou de chlorure de zinc au 30me ou au 40me. — Que l'on pratique ou non la suture, on doit éviter soigneusement tout froissement des tissus, par conséquent ne jamais les saisir avec des pinces. La plaie est couverte de charpie imbibée d'huile phéniquée au 5me. On recouvre le tout d'une épaisse couche d'ouate, en ayant soin de ne pas exercer de pressions, puis on ménage un écoulement facile aux liquides exsudés pendant les 24 premières heures ; l'auteur a recours dans ce but à un tube en argent, maintenu au fond des plaies à lambeau par un petit ressort spécial très-doux. Les plaies ont été examinées en général après 24 heures, jamais plus tard que 48 heures. Le pansement doit être fait de telle sorte qu'on puisse renouveler le *lint* huilé sans produire le moindre ébranlement des parties qui doivent être soumises au repos le plus absolu.

Le lavage des plaies qui suppurent est l'objet de soins tout spéciaux, que l'auteur décrit sous le titre : « Isolation. » Toutes les plaies sont lavées au pinceau ; chaque malade est pourvu d'un tube à essai, suspendu auprès de son lit ; ce tube contient une solution d'acide phénique, une partie dans quatre parties d'alcool rectifié.

Le pinceau qui a servi à laver la plaie est nettoyé soigneusement, puis plongé dans le tube où on le conserve jusqu'au pansement suivant ; de telle sorte que jamais une plaie n'est touchée avec des objets ayant été mis en contact avec une autre plaie. Pour certains opérés (ovariotomies), on emploie un nouveau pinceau à chaque pansement. — Pour la description détaillée, l'auteur renvoie au volume des « *Transactions of the clinical Society ;* » — un autre avantage du pinceau, c'est que le nettoyage des plaies se fait sans qu'il y ait aucun froissement des parties lésées.

Grâce à ces précautions, on peut se dispenser d'employer le traitement antiseptique dans toute sa rigueur. Après le lavage à l'eau phéniquée ou à la solution de chlorure de zinc, le pansement à l'huile phéniquée, recouvert d'une couche épaisse d'ouate, suffit amplement ; cet ensemble de moyens est plus simple et plus pratique.

On trouve également dans cet article un tableau donnant pendant 12 jours la température, le pouls et la respiration, matin et soir, pour cent cas d'opérations ou blessures. L'analyse de ce tableau n'enseigne rien de bien nouveau.

L'auteur termine par un certain nombre d'observations, dont quelques-unes sont fort intéressantes.

Le lecteur en trouvera l'indication dans le cours de cette revue. (Consulter aussi les leçons cliniques du même auteur sur le traitement des plaies dues *aux opérations*. (*Brit. med. journ.* n° 671 et suiv. 1873).

CH. PÉRIER.

Considérations anatomiques et physiologiques sur le rôle du pouce et sur la chirurgie de cet organe, par feu P.-C. HUGUIER. (*Archives génér. de médecine, oct., nov., déc.,* 1873, *II, pp.* 404, 567, 692; *janv.* 1874, *I, p.* 54.)

Dans ce long mémoire, P.-C. Huguier consacre un premier chapitre aux considérations anatomiques et tératologiques. Le second chapitre renferme des remarques générales sur les difformités acquises et les maladies du pouce. Dans le troisième chapitre sont examinés les nouveaux procédés pour la réduction des luxations du pouce. Parmi les procédés de réduction pour la luxation phalango-métacarpienne, il en est un qui appartient à Huguier, et qu'il désigne sous le nom de réduction par extension et flexion normale du pouce. Ce procédé lui a réussi dans les six cas de luxations récentes pour lesquels il l'a employé. Dans les luxations en arrière de la phalange onguéale, il conseille la section sous-cutanée des ligaments latéraux lorsque les manœuvres simples ont échoué. Cette section doit encore être pratiquée si la luxation est compliquée de

plaie et de sortie de la tête de la phalange. S'il existe du gonflement et de l'inflammation, il faut, en outre, débrider les lèvres de la plaie et, au besoin, repousser la phalange à l'aide de l'extrémité d'un poinçon. Si ce dernier moyen échoue, il reste la ressource de la résection de la tête de l'os.

Le 4e chapitre étudie le désossement ou exossation du pouce. Huguier s'élève contre l'amputation du pouce dans la plupart des cas. Il la remplace par l'ablation du squelette, en respectant les parties molles lorsque celles-ci ne sont pas atteintes d'une dégénérescence organique (cancer, épithélioma, esthiomène). Cette ablation est indiquée dans les cas de carie, de nécrose étendue, de fractures comminutives, d'exostoses, de périostose, de tumeurs blanches avec carie. L'opération consiste à pratiquer le long de chaque bord du pouce une incision longitudinale qui commence à cinq millimètres au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne et se termine vers l'extrémité libre du doigt. On réunit en ce point les deux incisions par une incision transversale à quatre millimètres environ du bord inférieur de l'ongle. Les incisions doivent aller du premier coup jusqu'au squelette. On incise ensuite les phalanges pour les détacher des deux lambeaux ainsi formés, et on facilite leur ablation en ouvrant l'articulation qui les unit, mais il importe de ne diviser le tendon du long fléchisseur qu'à son insertion à la phalangette, afin qu'il devienne « par son union avec le tendon du grand exten- « seur la partie centrale et squelettique du moignon. » Lorsque la cicatrisation est effectuée, le pouce, réduit à ses parties molles, ne subit pas un raccourcissement aussi considérable qu'on pourrait le croire ; dans un cas, ce raccourcissement n'était que de trois centimètres ; sur deux opérés, Huguier a même vu quelques mouvements de flexion et d'extension s'opérer dans le moignon, qui même en dehors de ce cas exceptionnel, rend de grands services pour saisir les objets.

Le 5e et dernier chapitre intitulé : « Du remplacement du pouce par son métacarpien, par l'agrandissement du premier espace interosseux, » est d'un intérêt réel et renferme la description d'une opération que Huguier a pratiquée deux fois chez des blessés qui avaient perdu complétement le pouce, le premier par une morsure de cheval, le second à la suite d'un écrasement. Lorsque la plaie primitive fut cicatrisée et que toute sensibilité anormale eut disparu, il fit une incision sur la face dorsale, vers le milieu de la hauteur du premier espace interosseux, à égale distance des deux métacarpiens, et la continua sur la face palmaire à la même hauteur, en divisant le repli cutané interdigital. Les muscles abducteur de l'index et adducteur du pouce furent ensuite sectionnés et l'artère interosseuse dorsale fut liée. Cinq points de suture réunirent deux à deux les quatre lèvres de la plaie ainsi obtenue, et la réunion par première intention s'effectua. Le premier métacarpien avait été

maintenu aussi écarté que possible du deuxième. Après la cicatrisation, le blessé pouvait écarter et rapprocher à volonté le premier métacarpien du second. La partie inférieure du premier était tout à fait libre et détachée du reste de la main dans l'étendue de deux centimètres et demi. Les corps, d'un médiocre volume, étaient fortement saisis entre les deux premiers métacarpiens. E. DELENS.

On the operative surgery on the foot and ankle-joint (Des opérations qui se pratiquent sur le pied et l'articulation tibio-tarsienne), par Henry HANCOCK. (*London, J. et A. Churchill*, 1873.)

Hancock, après être entré dans des considérations étendues sur l'anatomie et la physiologie des os et des articulations du pied, étudie, dans un premier chapitre, les opérations qui se pratiquent sur l'avant-pied et les maladies qui les nécessitent. Deux d'entre elles surtout attirent son attention ; l'une d'elles est le mal perforant, l'autre ce qu'il appelle la *maladie tuberculeuse* du pied ; cette affection, décrite d'abord par Godfrey (*Lancet*, 10 juin 1846) n'occuperait qu'un des pieds ; elle se développerait surtout chez les hommes, entre 20 et 30 ans. Elle serait caractérisée par un gonflement comme éléphantiasique du pied, les orteils restant à peu près indemnes, et par la formation de tubercules ulcérés à la surface de la peau ; des trajets fistuleux traverseraient le pied en tous sens ; enfin, la dissection montrerait une destruction complète des os et des articulations, depuis l'astragale, qui reste intact, jusqu'aux orteils exclusivement. Passant à l'examen des procédés d'amputation de l'avant-pied, l'auteur se montre partisan déterminé de la section des os avec la scie et combat toute tentative de désarticulation ; il pense que les lésions d'une surface articulaire n'indiquent point l'extirpation complète de l'os atteint. Quand l'affection ne nécessite pas l'amputation, Hancock, pour diminuer la tension inflammatoire, conseille les incisions sous-cutanées des ligaments articulaires et des tendons.

Les chapitres suivants sont consacrés à la critique de la valeur relative des différentes modifications de l'amputation tibio-tarsienne de Syme, et spécialement à la comparaison de cette opération et de celle de Pirogoff. D'une statistique basée sur 219 opérations de Syme et de 58 opérations de Pirogoff, il conclut qu'au point de vue de la proportion des décès, des suppurations consécutives, des amputations secondaires, le procédé de Syme présente des avantages incontestables sur celui de Pirogoff, qui l'emporte manifestement sur le premier au point de vue de la confection du moignon. En conséquence, il propose de réserver l'opération de Syme pour les cas pathologiques, celle de Pirogoff pour l'amputation trauma-

tique. On trouvera dans ce chapitre une lettre adressée à l'auteur par Pirogoff, dans laquelle ce chirurgien soutient avec beaucoup de vivacité sa méthode ostéoplastique.

L'auteur ne s'étend pas beaucoup sur l'amputation sous-astragalienne ; il indique un nouveau procédé qu'il a mis une fois en pratique, et dans lequel on conserve l'extrémité postérieure du calcanéum, que l'on vient appliquer sur la face inférieure de l'astragale; il se loue beaucoup du résultat ainsi obtenu.

La statistique qu'il présente sur la résection de l'astragale comprend 109 cas, dont 76 guérirent avec un membre valide et de bon usage, 2 subirent l'amputation secondaire, 15 moururent, 14 ne purent être suivis. Dans un cas où l'autopsie fut faite un an après l'opération on trouva le tibia soudé au calcanéum et articulé en avant avec le scaphoïde.

Hancock se montre très-favorable à la résection totale de l'articulation tibio-tarsienne ; plusieurs cas qu'il rapporte lui ont prouvé que, quelque limitées que parussent les lésions osseuses dans les cas pathologiques on avait souvent à compléter, par une opération secondaire, les résections incomplètes ; il a obtenu lui-même de beaux résultats, soit en sciant la surface articulaire de l'astragale, soit plutôt en extirpant cet os avec l'extrémité correspondante du tibia et du péroné ; il se sert pour cela d'une incision curviligne externe. D'autres chirurgiens, notamment Liston et Wakley, ont fait des opérations encore plus radicales, mais qui ne sont plus, à proprement parler, des résections tibio-tarsiennes, puisqu'ils ont enlevé plusieurs os du tarse. Une statistique de 37 cas renferme 3 cas d'amputation secondaire, 3 de mort par phthisie, 2 cas douteux, et 29 succès.

Les mauvais résultats de l'opération de Chopart tiennent, suivant l'auteur, à la destruction de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Il la remplace par une anté-scaphoïdienne modifiée, où il laisse en contact avec le calcanéum une portion du cuboïde équivalente à la longueur du scaphoïde. Il déclare avoir obtenu par ce procédé un moignon dont le patient se servait tout aussi bien que de son membre sain.

Les résultats de la résection du calcanéum éprouvés dans 44 cas ont démontré l'immunité dont cette opération jouit à l'égard de la mortalité ; le meilleur procédé pour la pratiquer est donné par la pratique de Holmes ; celui-ci se sert de deux incisions, l'une horizontale, sur le côté externe du pied, étendue du tendon d'Achille au cuboïde, l'autre verticale sur la ligne médiane du talon et de la face plantaire du pied. La perte de substance laissée par le calcanéum se comble aisément sans laisser de déformation trop notable.

L'auteur relate ensuite un grand nombre de cas d'opérations moins réglées, amputations, résections partielles d'os du tarse ou du métatarse.

L'ouvrage entier, d'une exécution très-soignée, renferme un grand nombre de figures schématiques ou dessinées d'après nature, ainsi que plusieurs tableaux statistiques où est détaillée la casuistique sur laquelle reposent les conclusions de l'auteur.

PAUL BERGER.

De la section du nerf buccal par la bouche. Règles opératoires à suivre. Opération chez une femme. Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 23 décembre 1873, par le Dr F. PANAS. (*Arch. génér. de médecine, février*, 1874, *I*, *p.* 181.)

La section du nerf buccal a été faite, pour la première fois, en 1856 par Michel (de Strasbourg). Létiévant et Valette, de Lyon, ont pratiqué la même opération, qui était faite par une incision de la peau. En 1857, Nélaton a exécuté cette section par la bouche, en incisant la muqueuse, et a renouvelé cette opération en 1864. Mais son procédé n'a jamais été publié.

Panas décrit avec détails la manière dont il a procédé pour pratiquer, dans un cas, cette section intra-buccale du nerf. Il avait auparavant répété l'opération sur le cadavre. Ce procédé offre l'avantage d'éviter la cicatrice cutanée et la lésion du conduit de Sténon, en même temps que d'exposer moins l'opéré au développement de l'érysipèle.

Voici la description du procédé. Le malade non chloroformé est assis sur une chaise, la tête maintenue par un aide. La commissure buccale est portée en dehors à l'aide de l'écarteur de Lüer. Le chirurgien porte l'indicateur gauche sur le milieu du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, et applique l'ongle tourné en dedans, juste sur la lèvre externe de ce bord. Avec un bistouri demi-convexe, il trace une incision en avant de son ongle et parallèlement au bord du maxillaire. Cette incision, qui n'intéresse que la muqueuse a, au plus, deux centimètres et demi de longueur, et s'étend du milieu de la dernière molaire supérieure à la couronne de la dernière molaire inférieure.

On incise alors les fibres du muscle buccinateur, à petits coups, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux courbés sur le plat et à pointe mousse. L'artère buccale, si elle est intéressée, peut être facilement tordue. Le nerf buccal est alors recherché à l'aide d'une sonde cannelée et du crochet dont on se sert dans l'opération du strabisme. Il est ensuite soulevé et coupé en arrière du crochet. On peut, s'il est nécessaire, faire l'excision d'une portion du bout périphérique. Pour être plus sûr de ne laisser échapper aucune portion du nerf, Panas conseille d'inciser complétement le muscle buccinateur et de mettre à nu la boule graisseuse de la joue.

La malade sur laquelle Panas a appliqué ce procédé était une femme de 65 ans, journalière, qui souffrait depuis douze ans d'une névralgie du nerf buccal qu'aucun traitement n'avait pu guérir. L'observation détaillée de cette malade est rapportée à la suite de la description du procédé opératoire. L'opération a été pratiquée le 15 novembre 1873. La douleur qui a succédé à cette section n'a duré que quatre heures, et les irradiations douloureuses ont cessé à partir de ce moment. Le gonflement local a été très-minime. Une ecchymose, à peine appréciable vers la commissure, avait disparu complétement au sixième jour. Un mois après l'opération, la malade n'avait pas vu reparaître ses douleurs.

Panas résume ainsi les résultats fournis jusqu'à ce jour, par la section du nerf buccal exécutée soit du côté de la peau, soit du côté de la muqueuse. Sur sept opérations il y a eu deux insuccès (Michel, second opéré ; Nélaton) ; un demi-succès (Létiévant) ; trois succès dont un constaté après huit ans (Michel), un après neuf mois (Valette et Létiévant), et un après trois mois (Nélaton). La dernière opération pratiquée par Panas est encore trop récente pour être enregistrée parmi les succès définitifs.

On trouvera les faits de Michel relatés dans les thèses de Voisard (Strasbourg 1864) et Goux (id. 1866); ceux de Valette et Létiévant dans le *Traité des sections nerveuses,* de ce dernier (Paris 1873). Le second fait de Nélaton a été mentionné dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1864, p. 403). E. DELENS.

TRAVAUX A CONSULTER.

Chloroformtod (De la mort par le chloroforme), par M. SCHUPPERT, de la Nouvelle-Orléans. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, n° 5 et 6, 12 décembre 1873.*)

Pour cet auteur, la mort par le chloroforme résulte d'une anémie cérébrale déterminant l'arrêt des battements du cœur et des mouvements respiratoires. Aussi conseille-t-il, s'appuyant sur des observations personnelles, de renverser le sujet la tête en bas, tout en pratiquant la respiration artificielle. H. TH.

Zur Casuistik der Chloroformumfälle (Des accidents causés par le chloroforme), par C. GÉRARD. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, III, n° 5 et 6, 12 décembre 1873.*)

Dans cette note, l'auteur, assistant de Lücke à la clinique chirurgicale allemande de Strasbourg, rapporte que pendant un temps aucune anes-

thésie par le chloroforme ne pouvait être obtenue sans accidents. Chez une petite fille de 10 ans atteinte de coxalgie, les accidents d'asphyxie furent tels, que la trachéotomie dut être pratiquée immédiatement; la respiration artificielle établie, la malade fut sauvée. Deux mois plus tard, cette enfant dut être anesthésiée à nouveau, mais cette fois avec du chloroforme d'autre provenance, et il ne survint aucun accident.

Le chloroforme employé dans la première période fut examiné avec soin; il avait un poids spécifique de 1,494, n'était pas acide, ne donnait aucune réaction avec le nitrate d'argent, avec l'amidon ioduré, avec l'acide sulfurique. Il paraissait donc chimiquement pur. On le soumit à un examen recommandé par Hepp. Le regretté pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg conseillait de plonger dans le chloroforme à essayer un morceau de papier brouillard et de l'exposer à l'air, et dès qu'au doigt on ne sentait plus aucune humidité sur le papier, d'en sentir l'odeur ; si le chloroforme est bon, le papier doit être parfaitement inodore. Or, avec le chloroforme employé, le papier conservait une odeur rance, rappelant un peu celle de l'acide butyrique.

C'est là, comme le fait remarquer l'auteur, un fait qui vient appuyer une des propositions de Sédillot : le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. H. THORENS.

A new expedient in administering chloroform (Nouvel expédient dans l'administration du chloroforme), par Jacob HEIBERG. (*Med. Times and Gaz.*, 10 *janv.* 1874, *I*, *p.* 36.)

Le moyen préconisé par Heiberg a pour but de remédier à l'état stertoreux de la respiration qui se produit fréquemment pendant l'administration du chloroforme et s'accompagne de pâleur de la face et de faiblesse du pouls. Au lieu d'écarter les arcades dentaires et d'attirer la langue au dehors avec une pince ou un crochet, l'auteur, depuis deux ans, attire en avant le maxillaire inférieur en totalité, en d'autres termes, il produit une luxation de la mâchoire inférieure.

Dès que le condyle de la mâchoire a glissé au devant de l'apophyse zygomatique, on abandonne le maxillaire à lui-même et la respiration stertoreuse cesse immédiatement. Tant que l'os reste luxé, la respiration s'accomplit avec facilité.

La manœuvre nécessaire pour produire la luxation consiste à se placer derrière le malade couché, à appliquer les deux pouces au devant de la symphyse du menton, et à appuyer avec les extrémités fléchies des deux index en arrière des branches montantes du maxillaire pour attirer avec force en avant toute la mâchoire. On sent une secousse au moment où le condyle se déplace et l'on voit les incisives inférieures venir se placer au devant des supérieures.

Heiberg suppose, sans avoir pu le vérifier anatomiquement, que dans ce mouvement de translation du maxillaire l'épiglotte se trouve attirée en avant et cesse de s'appliquer comme une soupape sur l'orifice du larynx. Le principal avantage de ce procédé sur celui qui consiste à attirer la langue en avant avec une pince, serait d'éviter la contusion de cet organe et la fracture des dents, qui se produit quelquefois. E. D.

I. Zur Transfusion, par AWATER. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fascicule* 3, *Berlin*, 1873.)

II. Die Transfusion des Blutes; eine historische, kritische und physiologische Studie (De la transfusion du sang, étude historique, critique et physiologique), par F. GESELLIUS. (*St-Pétersbourg et Leipzig*, 1873.)

III. Transfusion post partum, par SOLGER. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie, t. II, fascicule* 2, *Berlin*, 1873.)

I. — L'auteur a pratiqué récemment la transfusion dans des conditions très-intéressantes :

Chez une femme de 45 ans, épuisée par des métrorrhagies considérables. La cause de ces dernières était la présence de trois polypes cystiques siégeant dans la cavité cervicale et au voisinage de l'orifice interne. Ces polypes ayant été enlevés, il se forma rapidement, dans l'espace de 3 à 4 jours, une tumeur hématique de la fosse iliaque droite, dont l'auteur attribua l'origine à l'opération qu'il venait de pratiquer.

Comme l'anémie allait en progressant très-rapidement, on eut recours à la transfusion, et 200 grammes de sang humain défibriné et porté à une température de 38° furent injectés dans la veine céphalique gauche. Le succès fut complet : non-seulement les symptômes alarmants s'amendèrent promptement, mais l'hématome resta stationnaire et ne tarda pas à entrer en résolution. Les métrorrhagies cessèrent également.

L'auteur attire l'attention sur cette influence hémostatique de la transfusion et rappelle des faits antérieurs au sien où des métrorrhagies rebelles s'arrêtèrent spontanément après la transfusion. Braune aurait même constaté, peu de temps après cette opération, des contractions utérines manifestes.

Rappelant les travaux de Dieffenbach et de Martin, qui employèrent la transfusion dans la période asphyxique du choléra, l'asphyxie en général et les hémorrhagies des nouvelles accouchées, l'auteur propose d'étendre davantage cette méthode, qu'il juge aussi simple qu'innocente. Ainsi il la propose dans l'éclampsie, où, d'après les recherches modernes, il existerait une anémie marquée des organes nerveux centraux.

II. — Cette étude renferme d'abord un aperçu de l'histoire de la transfusion, depuis sa découverte jusqu'à nos jours.

A côté de cette partie historique, signalons certains faits originaux et propres à l'auteur. Celui-ci combat la transfusion pratiquée avec du sang humain défibriné, artériel ou veineux ; il recommande au contraire le sang non défibriné des animaux et notamment du mouton. Le sang privé de sa fibrine perdrait, par ce fait, ses propriétés vitales et agirait alors plutôt comme un corps toxique. Ainsi s'expliqueraient les mauvais résultats obtenus jusqu'à présent par la transfusion, et, à ce sujet, les statistiques seraient d'accord avec le raisonnement physiologique.

III. — Solger vient de pratiquer une transfusion, et son attention s'est arrêtée sur une difficulté opératoire due à la mauvaise construction de la canule préconisée par Martin. Après trois tentatives infructueuses, il dut saisir la veine avec une pince et l'inciser. Dans ce cas, l'anémie vei-

neuse considérable rendait aussi l'opération difficile. Olshausen raconte avoir éprouvé les mêmes difficultés. Il est donc indispensable de perfectionner cette instrumentation. L.-E. DUPUY.

Transfusion mit dem Blute verschiedener Thierarten (Transfusion du sang de différentes espèces animales), par le prof. L. LANDOIS. (*Centralbl.*, 1873, *n*° 56, *p*. 883-885 *et n*° 57, *p*. 897-900.)

L'auteur a pratiqué de nombreuses transfusions de sang de mammifères à des mammifères d'une autre espèce, ainsi que de sang de mammifères à des batraciens. Parmi ces derniers, les grenouilles se prêtent particulièrement à ce genre d'opération, car elles possèdent 3 grosses veines abdominales sous-cutanées, l'une médiane, et deux latérales, recevant facilement la pointe d'une seringue de Pravaz.

A une grenouille (*rana esculenta*), Landois injecte par cette voie, 5 à 8 centim. cubes de sang de mammifère frais et défibriné. On sectionne ensuite un doigt de la membrane natatoire, et à divers intervalles on recueille une goutte du sang qui s'échappe par la plaie et que l'on place pour l'examen dans le liquide conservateur de Pacini.

Si le sang injecté provient du lapin, on n'en retrouve plus les globules au bout de 3 à 5 minutes ; si c'est du sang de cochon d'Inde, les globules en ont disparu au bout de 20 minutes, ceux du mouton au bout de 20 à 25 minutes, ceux de l'homme après 30 minutes, ceux du chien après 50 minutes, ceux du brochet après 36 minutes, ceux du pigeon après 80 minutes seulement. Ces globules se dissolvent dans le sérum du sang de la grenouille qui, comme toutes les solutions d'hémoglobine, présente alors une coloration laque foncée.

Cette coloration dure pendant près de 8 jours, pendant lesquels elle va diminuant graduellement. L'élimination de l'hémoglobine dissoute dans le sérum sanguin se fait surtout par les urines, qui sont rouges (sanglantes), et contiennent en même temps de l'albumine. L'hémoglobinurie et l'albuminurie durent pendant 8 jours environ. Si l'on injecte à la rana esculenta du sang de rana temporaria, on ne provoque pas d'albuminurie.

En plaçant une goutte de sang de mammifère dans du sang de grenouille ou simplement dans du sérum de grenouille on voit au microscope les globules du mammifère diminuer de volume, pâlir graduellement et finir par se dissoudre complétement en même temps que le liquide prend une couleur laque. Les stromas des globules sont assez longs à se dissoudre et s'agglutinent volontiers entre eux. Landois pense que cette agglutination peut quelquefois se produire dans la circulation et donner naissance à des masses emboliques (d'où les paraplégies que la transfusion détermine souvent chez la grenouille).

La dissolution graduelle des globules transfusés peut du reste s'observer directement dans le sang en circulation, sur la membrane natatoire, le mésentère et surtout sur la vessie de la grenouille curarisée.

Si l'on injecte du sérum de mammifère, sans globules, à une grenouille, ce sérum dissout les globules de la grenouille.

L'injection du sérum provenant du chien détermine chez la grenouille de

l'hémoglobinurie et de l'albuminurie pendant 8 jours environ; le sérum de mouton ou d'homme ne provoque que de l'albuminurie.

La transfusion pratiquée d'un mammifère à un autre donne des résultats analogues. Le sérum de tel animal dissout les globules rouges de tel autre ; le sérum doué de l'activité dissolvante la plus grande est celui du chien ; le moins actif parait être celui du lapin. Les globules aussi présentent une résistance variable, ceux du chien et du chat sont fortement réfractaires ; ceux du lapin au contraire se dissolvent facilement.

Ainsi, les globules du sang de lapin transfusé à un chien disparaissent au bout de quelques minutes ; cette transfusion s'accompagne d'hémoglobinurie pendant 12 heures, et même davantage.

Il est hors de doute que ce ne sont pas uniquement les globules du sang transfusé qui se détruisent, mais que le sérum injecté dissout à son tour un certain nombre de globules du sang de l'animal qui subit la transfusion. En effet, si l'on injecte à des lapins (dont les globules se détruisent facilement) du sérum provenant de l'homme ou du chien, on détermine une dissolution rapide des globules se traduisant par l'accélération de la respiration, la dyspnée, et, si la dose de sérum est suffisante, la mort par asphyxie. Au contraire, le chien, dont les globules sont plus robustes, supporte des injections considérables de sérum provenant de l'homme, du veau, etc., sans présenter aucun de ces symptômes ; chez cet animal, le sérum injecté est assimilé ou éliminé avant d'avoir pu attaquer les globules rouges. STRAUS.

Ueber die Transfusion und ihre Anwendung auf die Cholera (De la transfusion et de son emploi dans le choléra), thèse inaugurale par Gustave KALISCHER. (*Berlin, 1873, chez Thormann et Gœtsch.*)

L'auteur a réuni dans sa thèse tous les cas publiés de transfusion du sang dans le choléra. Nous ne possédons que 17 observations assez détaillées pour laisser apprécier l'influence de l'opération sur le résultat ; or, trois fois seulement le malade a guéri ; encore dans ces trois cas heureux n'est-il pas évident que la guérison soit due à la transfusion du sang ; c'est peut être à la réaction spontanée qu'il faut l'attribuer.

CH. SCHWARTZ.

Ueber directe Lammbluttransfusion (De la transfusion directe dn sang d'agneau), par le Dr O. HASSE, de Nordhausen ; communiqué à la 46e réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n*° 47, 24 *nov.*)

L'opération est d'une exécution facile au moyen de deux canules en verre unies par un tube de caoutchouc ; on place l'une des canules dans la carotide de l'animal et l'autre dans une veine de l'avant-bras du malade.

Les phénomènes réactionnels consécutifs sont très-intenses, la dyspnée en particulier est très-marquée. Au bout d'une demi-heure sur-

vient un frisson avec tremblement suivi lui-même d'un sommeil prolongé, au réveil duquel le patient se trouve mieux.

La transfusion a été pratiquée par l'auteur dans les 12 cas suivants : phthisie pnlmonaire (5 fois); chlorose rebelle (2 fois); cachexie à la suite de dyssenterie et de fièvre puerpérale (2 fois); cachexie causée par l'abondante suppuration d'une spondylarthrocace (1 fois); cachexie due à un cancer de l'estomac (1 fois); anémie aiguë consécutive à des métrorrhagies profuses dans un cas d'insertion vicieuse du placenta (1 fois).

Voici les résultats : Guérison rapide dans le dernier cas. — Amélioration passagère chez le cancéreux, plus durable pour l'arthrite vertébrale; guérison désirée chez les deux autres cachectiques; amélioration lente pour les deux jeunes filles chlorotiques. Les résultats les plus étonnants de l'opération furent obtenus chez les phthisiques : diminution considérable de la toux et de l'expectoration, cessation de la fièvre hectique, réveil de l'appétit et des forces, à tel point que les malades purent quitter le lit et reprendre leurs occupations après avoir été dans l'état le plus misérable; les signes stéthoscopiques révélaient aussi une amélioration. J. B.

Fall von directer arterieller Thierblut-Transfusion (Observation de transfusion artérielle directe du sang d'animal), pratiquée à l'hôpital Augusta, par le Dr Paul SCHLIEP. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1874, nº 3.)

Jeune homme de 28 ans, épuisé par la suppuration et l'albuminurie consécutives à une fracture de cuisse par arme à feu datant de la dernière guerre. Un premier essai de transfusion tenté d'après le procédé de Gesellius (*Vid. Rev. sc. méd.*, II, p. 454) resta infructueux, parce qu'à deux reprises, du sang coagulé boucha les canules et le tube. On réséqua le bout de la veine mis en communication avec la canule. Il y eut à peine de la fièvre et aucun accident consécutif.

Nouvelle opération 15 jours plus tard (le 22 décembre 1873). Cette fois-ci on pratique encore la transfusion du sang directement de la carotide du mouton dans l'artère radiale du patient, mais en plaçant sur le trajet du tube de communication une petite seringue construite comme la pompe stomacale ou comme un aspirateur; de cette façon on n'introduisait qu'une quantité de sang toujours connue. L'appareil se composait en outre de tubes en caoutchouc et de deux canules en argent. Chacun des tubes aboutissait d'une part à une canule, d'autre part à la seringue. Les canules fermées par un robinet sont remplies d'eau distillée, mais celle qui doit être placée dans la radiale du malade présente quelques particularités.

Outre qu'elle est taillée en biseau pour faciliter son introduction, elle est munie d'un robinet en T qui permet à volonté de faire écouler au dehors le courant sanguin dirigé vers le bras du patient et de n'être pas gêné par les coagulations pendant que l'opération est interrompue. La canule placée dans le bout périphérique de la radiale droite est confiée à un aide. La seringue, préalablement remplie d'eau pour en chasser l'air, est entourée de glace afin de retarder la coagulation du sang.

Alors commence l'opération proprement dite. On aspire une certaine quantité de sang de la carotide de l'animal, et on le fait écouler dans un bassin en même temps que l'eau contenue dans la seringue. Lorsqu'il commence à s'écouler du sang artériel pur, on tourne le robinet de la canule placée sur l'artère du patient, et l'on pratique ainsi la transfusion. A des intervalles de

5 en 5 secondes, à chaque systole on injecte ainsi 2 drachmes de sang sans éprouver de résistance appréciable. Le malade sent courir quelque chose de chaud le long de son membre. On avait injecté environ deux onces, lorsqu'il se sentit étouffer; en même temps son visage était très-rouge. On s'empressa alors de pratiquer une saignée à l'autre bras, mais elle ne donna que très-peu de sang, parce que la médiane basilique avait été oblitérée dans la précédente tentative.

A 3 onces, l'oppression augmenta, la face pâlit et le patient accusa de violentes douleurs dans les reins ; on tourna le robinet pour écouler le sang au dehors. Néanmoins les symptômes inquiétants ne disparaissant pas, on renonça à aller plus loin. La main était légèrement enflée, ses veines étaient plus visibles, et il y avait 2 ou 3 petites pétéchies sur le côté du pouce.

L'oppression et la pâleur ne se dissipèrent qu'au bout d'une demi-heure, pour être remplacées par un frisson. Température: 2 heures après l'opération, 39°,6; 6 heures après, 38°. Pouls petit et rapide.

Dès le jour suivant, les accidents disparurent, mais il n'y eut aucune amélioration dans l'état du malade. J. B.

Zur Behandlung der Larynxstricturen (Du traitement des retrécissements du larynx), par le Dr v. SCHROTTER. Communic. à la société des médecins de Vienne. (*Œsterr. Zeitschrift f. praktische Heilkunde, n° 9, 28 févr.* 1873.)

Dans ce travail, l'auteur s'occupe du traitement des rétrécissements consécutifs à une affection grave du larynx, ayant nécessité la trachéotomie et persistant après l'opération de façon à ne point permettre l'enlèvement de la canule. La méthode employée est celle de la dilatation permanente. A cet effet, Schrotter pratique, à l'aide du laryngoscope, le cathétérisme du larynx; au moyen d'une sonde à bout coupé, il introduit dans le rétrécissement et dans la fenêtre de la canule un cône de caoutchouc durci, ou de métal, et de calibre progressivement croissant; une pince, appropriée, le maintient dans la canule; un fil, fixé à son extrémité supérieure, ressort par la bouche et n'empêche pas le malade de prendre ses aliments. De cette façon, le malade peut garder toute une journée le cône dilatateur dans son larynx. H. TH.

Zur operativen Behandlung der Teleangiectasie (Du traitement chirurgical de la téléangiectasie), par le Dr CRUWELL, de Damgarten. (*Allg. med. Central-Zeitung, n° 87.*)

L'auteur modifie l'application de la double ligature de la manière suivante. Il fait passer à travers la tumeur vasculaire, une aiguille avec un fil double dont les extrémités forment des anses. Après avoir coupé le fil près de l'aiguille on n'a qu'à passer dans les anses les deux extrémités ainsi formées et on peut les serrer par un nœud unique. Cette méthode permet d'agir plus rapidement et plus sûrement en empêchant le fil de se déplacer pendant la ligature. KLEIN.

Des larges débridements périostiques dans les ostéo-périostites douloureuses non suppurées (ostéo-pèriostite à forme névralgique), par OLLIER et A. PONCET. (*Gaz. des hôpitaux*, 909.)

Ces ostéo-périostites paraissent être de nature rhumatismale ; elles cèdent généralement aux antiphlogistiques et aux révulsifs : mais elles sont tellement douloureuses que toutes les fois que l'os atteint est superficiel, c'est le plus souvent le tibia, il y a avantage à inciser le périoste pour faire cesser l'étranglement inflammatoire qui cause la douleur. C'est aussi la meilleure manière de prévenir la suppuration. Il faut intervenir tôt sous peine d'abcès sous-périostique et même d'ostéo-myélite.

L. H. F.

Manuel de médecine opératoire, par J.-F. MALGAIGNE, huitième édition, par Léon Le Fort. — Première partie : Opérations générales. (*Paris, Germer Baillière, 8e édition*, 1874, *in*-12, 640 *pages*, 319 *figures dans le texte.*)

Le livre de Malgaigne est connu de tous ; mais la septième édition datait de 1861 et, pour rester classique, ce manuel avait besoin d'être mis au courant de la science. C'est cette tâche qu'a remplie M. Léon Le Fort. Tout en conservant le texte de Malgaigne, il l'a complété par la description des procédés nouveaux qui ont vu le jour depuis douze ans.

Quelques chapitres ont été complétement refaits ; tel est le chapitre relatif à l'*anesthésie* et celui qui traite de la *cautérisation électrique*. Toutefois, à propos de la ligature des artères, nous eussions voulu voir mentionner l'emploi du fil de boyau (catgut), préconisé depuis quelque temps par les chirurgiens anglais.

La question de la *torsion des artères*, reprise dans ces dernières années avec un certain succès, nous semble également avoir été traitée trop brièvement.

Parmi les additions originales faites par M. L. Le Fort nous signalerons le *procédé d'amputation tibio-tarsienne* qu'il a imaginé et qui lui a donné dans un cas un succès remarquable. Ce procédé consiste à respecter, comme dans le procédé de Pirogoff, les insertions du tendon d'Achille au calcanéum ; mais, au lieu de diviser verticalement le calcanéum, on le scie horizontalement de manière à enlever avec l'astragale le plateau qui porte les deux facettes articulaires supérieures du calcanéum dont il ne reste plus que la moitié inférieure. La surface de section horizontale de cet os vient s'appliquer ensuite naturellement sur la surface de section correspondante du tibia, sans déterminer de tiraillement sur le tendon d'Achille, comme cela a lieu dans le procédé de Pirogoff et, ce qui est encore plus important, sans changer la base de sustentation naturelle, puisque, après guérison, l'opéré marche toujours en appuyant sur les tubérosités du calcanéum et sur la portion de peau habituée à supporter

le poids du corps. On lira avec intérêt la description de ce procédé complétée par plusieurs figures originales.

La partie de cet ouvrage qui vient de paraître constitue pour l'étudiant un manuel d'amphithéâtre, et les nombreuses planches répandues dans le texte en rendant plus saisissantes les descriptions de Malgaigne, remplissent une lacune depuis longtemps signalée dans les précédentes éditions. E. D.

On the treatment of fractures of the femur by a new method and apparatus (Du traitement des fractures du fémur par une nouvelle méthode et un nouvel appareil), par Zach. JOHNSON. (*The Dublin journal of medical science, août* 1873.)

Malgré le nombre considérable d'appareils qui existent pour le traitement des fractures du fémur, l'auteur attache trop d'importance à la question, et croit trop à la supériorité de la méthode qu'il vient préconiser, pour passer sous silence son nouvel appareil. — L'extension, dit-il, est la meilleure position à donner au membre lorsque le fémur est fracturé, excepté, cependant, dans les fractures du tiers supérieur, ou bien lorsqu'il y a une ankylose à angle droit du genou. Dans ces deux cas, le plan incliné est indispensable.

L'appareil de Johnson présente les avantages suivants :

1° Sa simplicité ;

2° L'antagonisme qui existe entre l'extension et la contre-extension a lieu suivant une ligne droite, parallèle à l'axe du membre. Le raccourcissement est donc absolument empêché, car les muscles pelvitrochantériens ne peuvent plus agir. Cette attelle est ainsi bien préférable à celle de Desault, dont l'obliquité lui fait perdre une grande partie de sa force ;

3° Une fois l'extension et la contre-extension établies, ces deux forces agissent constamment. On sait que, pour obtenir cette persistance, on s'est servi de poids attachés aux pieds du malade, et tombant hors du lit après avoir occupé la rainure d'une poulie. L'auteur remarque combien ce procédé est intolérable pour le malade.

L'appareil se compose de deux pièces : Une attelle analogue à celle de Desault, s'appliquant sur la face interne ou externe du membre et plus longue que lui. Légèrement concave en haut, où elle s'adapte au périnée, elle est rembourrée à sa partie supérieure où elle repose sur le pubis qui sert de point d'appui. A sa partie inférieure, et sur la face qui regarde le membre, elle se prolonge au delà du pied. A la partie inférieure se trouve vissée une plaque coudée qui donne passage à une forte vis qui supporte la seconde pièce de l'appareil. Celle-ci est une forte semelle en cuir disposée de façon que le pied repose sur elle. Le pied et l'attelle attachés forment un tout qui reste ainsi à la disposition de la vis.

Le membre placé dans un appareil de Scultet peut ainsi subir une extension et une contre-extension aussi énergiques que possible et ne pouvant subir de dérangement.

Il est à regretter que pas une seule observation ne vienne confirmer les avantages de ce nouvel appareil, qui n'est peut-être pas aussi original que le croit son auteur. MARCANO.

Ueber die Esmarch'sche Constriction der Glieder zur Erzeugung künstlicher Blutleere bei Operationen (De la constriction des membres recommandée par Esmarch pour produire l'anémie artificielle pendant les opérations), par LANGENBECK; Soc. méd. de Berlin, 3 déc. 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, *n° 52, 29 déc.*)

L'auteur se montre un chaud partisan de la méthode d'Esmarch; les points suivants de son travail méritent d'être relevés.

Au moment où l'on vient d'enlever le tube constricteur de caoutchouc, on voit la peau du membre à ce niveau devenir le siége d'une rougeur si intense qu'elle semble atteinte d'érysipèle; en même temps il se produit une hémorrhagie capillaire plus ou moins abondante, mais qui ne paraît d'ailleurs entraîner aucun inconvénient.

L... explique ces phénomènes par une paralysie passagère des vaisseaux, causée par le lien élastique.

Dans les applications multiples de ce procédé, certaines précautions doivent être prises. L'auteur le croit d'abord contre-indiqué en cas de suppuration des membres, parce qu'on pourrait favoriser l'introduction du pus dans la circulation; de même, quand il s'agit de tumeurs ramollies en voie de déliquescence.

D'autre part, dans les opérations sur le membre supérieur, la constriction avec le tube de caoutchouc n'est pas inoffensive, parce qu'elle peut donner lieu à une paralysie des nerfs médian ou cubital; dans deux cas d'opérations pour pseudarthroses humérales, L... a observé une paralysie des branches du nerf médian, qui disparut d'ailleurs dans l'espace d'une quinzaine; dans un fait de nécrose centrale du même os, il y eut une paralysie motrice complète du médian qui persistait encore au bout de trois semaines. Pour évite de tels accidents, l'auteur, après avoir procédé à l'enveloppement de l'extrémité du membre, au lieu du tube de caoutchouc, applique au niveau du tiers supérieur du bras une seconde bande élastique qu'il fixe au moyen d'une épingle; cettte modification du procédé d'Esmarch n'enlève rien à son efficacité. (Voy. *Rev. des sc. med.*, III, p. 1110.)

J. B.

Abcess of the brain in an infant (Abcès du cerveau chez un enfant en bas âge), par Francis WARNER. (*Brit. med. journ.*, 18 *oct.*, 1873, *p.* 460.)

C'est l'âge du sujet qui fait l'intérêt de cette observation: l'enfant avait seulement 14 mois; et dans une statistique de 76 cas, le Dr Gull n'a jamais rencontré cette lésion au-dessous de l'âge de 4 ans. Cet enfant n'avait pas eu d'abcès de l'oreille ni de lésion temporale, comme cela se rencontre souvent avant la formation de ces abcès. La maladie parut avoir duré plusieurs mois, mais la première convulsion n'eut lieu que huit jours avant la mort.

A. GOUGUENHEIM.

Die parenchymatösen Injectionen von Carbolsäure als antiphlogistiches Mittel (Injection d'acide phénique dans les tissus pour combattre l'inflammation), par C. HÜTER. (*Centralblatt*, 1874, *n*° 5, *p*. 66.)

Voici la méthode de l'auteur : il injecte 2 fois, coup sur coup, le contenu d'une seringue de Pravaz (capacité 0 gr. 9 décigr.) d'une solution d'acide phénique à 2 0/0, c'est-à-dire moins de 0 gr. 02 de cette substance. Jamais il n'a vu se produire la moindre trace d'intoxication. Hüter n'a pas dépassé cette dose, et, quand il était nécessaire de continuer, il ne faisait pas de nouvelle injection avant le lendemain ou le surlendemain. Il n'y avait pas d'accidents locaux ; dans aucun cas il ne s'est produit de douleur ni d'inflammation au niveau de la piqûre.

L'action a été dans presque tous les cas surprenante.

Voici le résumé de quelques-uns des faits dans lesquels Hüter a employé ce moyen :

Dans la *tumeur blanche du genou;* injection à la partie centrale de l'articulation, de manière à ce que la canule touche le cartilage. Cessation de la douleur, disparition des exacerbations vespérales de la température et surtout diminution rapide du gonflement. Dans les cas chroniques, répéter l'injection tous les deux ou trois jours.

Adénite subaiguë tendant à la suppuration (bubon de l'aine). Diminution de la douleur, de la rougeur de la peau, de l'œdème ; la glande devient sphérique et disparaît peu à peu jusqu'à la guérison ; il peut être nécessaire de continuer quelque temps.

Phlegmon aigu du tissu conjonctif sous-cutané et sous-aponévrotique. Il faut choisir la partie périphérique, parce que l'on peut compter que les vaisseaux lymphatiques propageront le médicament dans la direction centrale ; si la lésion est très-étendue l'on peut injecter deux seringues en divers endroits. Rétraction des tissus en peu d'heures ; aussitôt après l'injection, diminution de la fièvre et de la douleur ; guérison sans suppuration, même quand elle est imminente, pourvu qu'elle n'ait pas commencé à se produire.

Érysipèle traumatique. Hüter a réussi à le circonscrire en injectant différents points de la circonférence sans oser les injecter tous. On voit que l'action est toute locale.

L'auteur n'hésite pas à déclarer ce médicament le plus puissant des antiphlogistiques, et dit qu'on ne peut lui comparer ni la glace ni la saignée.

De ces expériences sur les animaux, l'auteur conclut qu'il n'y a rien à redouter des injections faites dans le foie et dans le poumon. Il faut éviter l'injection directe dans une veine, car l'on pourrait alors voir se produire une intoxication phénique aiguë. Pour éviter cet accident, après que la piqûre a été faite, il faut attendre un peu pour voir s'il ne s'écoule pas de sang par la canule ; s'il en sort, il faut enfoncer l'aiguille davantage.

— Rien à dire pour les tumeurs de bonne ou de mauvaise nature, *a priori* l'injection étant calmante l'on pourrait l'essayer contre la douleur. — Il faut éviter les tissus trop vasculaires. H. CHOUPPE.

Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum, par VERNEUIL. (*Soc. de chir. et Gaz. des hôp.*, 1873, *p.* 693, *etc.*)

Verneuil fait au périnée une incision médiane jusque sur le coccyx dont il isole et résèque l'extrémité avec des ciseaux.

Il enlève en somme un petit bout de cartilage long de 10 millim. et par cela même détruit les attaches fibreuses ou fibro-musculaires correspondantes. De là résultent une petite perte de substance et une certaine laxité des lèvres de la plaie, deux conditions favorables pour aller à la recherche de l'ampoule rectale que Verneuil déclare pouvoir atteindre facilement à une profondeur de trois centimètres. Les lèvres de l'incision rectale que l'on fait sur la paroi postérieure de l'ampoule sont abaissées assez facilement ; elles doivent toujours être réunies avec soin aux lèvres de la peau par plusieurs points de suture, sous peine de phlegmon stercoral.

Les membres de la société de chirurgie accueillent avec faveur cette pratique nouvelle, qui s'est montrée très-avantageuse dans les cas rapportés par son inventeur. Elle aura l'avantage immense de permettre d'atteindre *méthodiquement*, par la voie périnéale, bien des ampoules rectales imperforées, jusqu'ici jugées inaccessibles par cette voie et traitées, ou bien par une dangereuse ponction à l'aveuglette, ou par l'ouverture de l'S iliaque. L. H. F.

Excision of the thyroid gland (De l'excision de la glande thyroïde), par Patrick-Hiron WATSON. (*Edinburgh medical journal*, 1873, *sept.*, *p.* 252.)

On sait que l'excision de la glande thyroïde, en cas de goître, est une des opérations les plus dangereuses qui puissent se pratiquer dans cette région, au point que bon nombre de chirurgiens la proscrivent absolument. Le volume et le nombre des artères du corps thyroïde rendent, en effet, son extirpation très-pénible et exposent le chirurgien à voir son malade mourir d'hémorrhagie entre ses mains.

L'auteur fut amené à revenir de cette opinion par suite d'un cas où l'extirpation d'une partie de la glande thyroïde put se faire (non sans difficulté d'ailleurs) grâce à la ligature préalable de l'artère thyroïdienne correspondante. Il songea dès lors à étendre ce procédé à l'ablation du corps thyroïde en entier, et ne tarda pas à trouver l'occasion de pratiquer cette opération.

Voici comment se fait cette excision. Après avoir sectionné sur la ligne médiane la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, juste dans l'interstice des sterno et thyro-hyoïdiens, il met à nu la glande thyroïde, puis décollant avec son doigt la tumeur, il reconnaît aux quatre angles supérieurs et inférieurs du corps thyroïde le groupe des vaisseaux qui viennent s'y rendre. Une aiguille de Deschamps est passée sous le faisceau artério-veineux et une ligature posée. Ainsi procède-t-il pour les quatre artères

thyroïdiennes. Cela fait, l'extirpation de la glande devient facile, et l'on n'est plus inquiété par l'abondance des hémorrhagies.

A l'appui de cette méthode, l'auteur cite quatre cas d'ablation de la thyroïde suivis de guérison. Le dernier paraît être un cas de goître exophthalmique avec battements des carotides, bruit de souffle et frémissement au niveau de la tumeur. Malgré ces conditions défavorables, et bien qu'il y ait eu un semblant de récidive, la guérison fut obtenue.

H. RENDU.

De l'extirpation complète de la glande thyroïde dans les cas de goître suffocant, cystique ou parenchymateux; opération suivie de succès, par MICHEL. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, *p.* 699.)

« L'extirpation totale de la glande thyroïde doit reprendre son rang en médecine opératoire, quand la vie d'un malade est menacée; elle jouit en France d'un discrédit immérité. »

Telle est la substance des conclusions de l'auteur qui ne donne qu'une opération nouvelle et personnelle, Desault et Hedenus (*Dict. de chir.* de Samuel Cooper) ont posé les principales règles à observer dans l'opération afin de se rendre maîtres du sang. Michel à son tour réédite leurs préceptes, mais en précisant davantage.

1° Il dissèque les téguments avec les muscles cléido-hyoïdiens, mais laisse le muscle sterno-thyroïdien sur la tumeur, pour la protéger d'abord et pour être ensuite sacrifié avec elle.

2° Il recherche méthodiquement les vaisseaux artériels et veineux thyroïdiens supérieurs, jette dessus deux ligatures éloignées et solides, et coupe dans l'intervalle. S'il peut commencer et continuer l'énucléation des bords de la tumeur sans couper ces vaisseaux de suite, il réserve leur section pour plus tard, dans la crainte de voir ses ligatures glisser. Quoi qu'il fasse, les progrès de l'énucléation doivent le conduire près des vaisseaux inférieurs latéraux et médians qu'il traite comme les supérieurs.

3° Enfin, il détache le corps thyroïde de ses adhérences normales aux côtés de la trachée et du larynx. Il ne recommande peut-être pas assez de se mettre en garde à ce moment contre l'ouverture possible des voies aériennes.

L. H. F.

Ueber die Extirpation ausgedehnter Zungencarcinome von der Regio suprahyoïdea aus (Extirpation de cancers de la langue par la région sus-hyoïdienne), par Th. BILLROTH. (*Archiv. f. klin. Chirurgie, XVI*e *vol.*, 1er *fasc.*, 1874, *p.* 1.)

Cloquet le premier tenta l'extirpation de la langue par la région sus-hyoïdienne, en 1827. Mirault, de Morgan, Nunneley, moins hardis, se contentèrent de passer des fils ou une anse galvanique par la région sous-maxillaire pour faire la ligature ou l'amputation au galvanocaustique de la partie malade. Regnoli et Giamattei modifièrent la méthode de Cloquet et mirent en exécution des procédés peu différents de celui

que Billroth préconise. Ce chirurgien, en 1861, enleva un cancer du plancher de la bouche et de la face inférieure de la langue par le moyen d'une incision étendue d'une artère faciale à l'autre. Mécontent des résultats de ce procédé, qui ne donne pas assez de place pour opérer à l'aise, il essaya, en 1870, avec Czerny, une nouvelle opération qu'il abandonna depuis pour adopter les règles suivantes :

1° Avant l'opération, les soins les plus minutieux doivent être apportés au nettoyage des dents et de la bouche : un aide doit débarrasser les dents de leur tartre, la langue de tout enduit muqueux, en y consacrant plusieurs longues séances ;

2° L'incision doit être assez étendue pour découvrir la langue presque jusqu'à l'épiglotte ;

3° On ne doit séparer la langue de ses insertions aux maxillaires que dans l'étendue nécessaire pour entraver le moins longtemps possible les fonctions de déglutition ;

4° On doit pouvoir séparer le maxillaire de son périoste et, d'autre part, ne pas trop s'écarter de la symphyse, pour pouvoir commodément sectionner les muscles géni ;

5° On doit fixer à l'angle de la plaie la muqueuse du moignon, afin de faciliter au malade la déglutition des mucosités pharyngiennes.

Voici le procédé opératoire qui lui paraît réunir ces indications:

Le malade endormi, on fait une incision en fer à cheval, dont la partie moyenne, de 5 à 6 centimètres, longe le bord de la mâchoire, et dont les branches soient longues de 3 centimètres chacune. On s'attaque alors au périoste que l'on détache de la face interne du maxillaire, et on sectionne les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni ; on ouvre la cavité buccale ; on enlève ou on épargne la glande sous-maxillaire, ce qui a peu d'importance ; on évite surtout de couper les muscles styloglosse et hyoglosse, autant que faire se peut. On cherche les artères linguales vers la grande corne de l'os hyoïde et on les lie ; on attire la langue par la plaie et on la coupe faisceau musculaire par faisceau. On recherche s'il existe des ganglions malades pour les extirper, on lie les vaisseaux qui saignent ; on suture en avant, à la plaie du plancher buccal, la muqueuse du moignon, et on réunit la partie moyenne seulement de l'incision cutanée. L'opéré est placé sur son séant ; on le nourrit à la sonde œsophagienne ; il peut boire parfois même aussitôt après l'opération.

Sur 8 opérés, Billroth a obtenu jusqu'à présent 6 guérisons, 4 morts, dont 3 par diphthérie de la plaie, complication des opérations chirurgicales jusqu'alors inconnue à Vienne. Il a revu au bout de 18 mois un de ses opérés qui ne présentait pas de traces de récidive.

PAUL BERGER.

Expériences sur l'emploi de la galvanocaustie dans les opérations chirurgicales, note de MM. LEGROS et ONIMUS. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 8 *déc.* 1873.)

Les expériences rapportées dans cette note montrent combien les escarres galvanocaustiques enfermées dans la cavité péritonéale sont susceptibles de se résorber sans aucune suppuration. MM. Legros et

Onimus ont enlevé sur des chiens et sur des rats des portions considérables du foie, sans hémorrhagie, sans symptômes ictériques consécutifs, sans aucun accident du côté du péritoine. Les mêmes opérations, pratiquées sur le rein, ont donné les mêmes résultats toutes les fois que les bassinets n'ont pas été ouverts, car dans ce dernier cas le suintement de l'urine dans le péritoine produit rapidement la mort de l'animal. Des expériences du même genre prouvent l'innocuité des escarres galvanocaustiques dans les cavités pleurales. M. DUVAL.

Observations diverses.

Two cases of dislocation of the hip reduced by the american method of manipulation (Deux cas de luxation de la hanche, réduite par la méthode américaine de manipulation), par Hector CAMERON. (*Glasgow med. journ., août.* 1873, *p.* 444.)

I. — Luxation iliaque datant de 17 jours. Réduction à la première tentative.

Le blessé était âgé de 16 ans, on fit deux tentatives inutiles d'extension, le 1er et le 13e jour.

La réduction fut obtenue le 17e de la manière suivante : après chloroformisation complète, la jambe fut fléchie sur la cuisse et la cuisse sur l'abdomen, puis on imprima au membre un mouvement complet d'abduction et de rotation en dehors.

II. — Cas de luxation ischio-pubienne récente. Réduction.

Homme de 42 ans. « Je fléchis le membre aussi complétement que possible, je le portai légèrement en abduction, puis fortement dans la rotation en dedans. Le résultat fut de porter la tête fémorale de la fosse ovale non dans la cavité cotyloïde, mais dans l'échancrure sacro-sciatique.

La flexion, l'abduction et la rotation en dehors (qui d'ordinaire reportent si aisément la tête vers l'acétabulum dans le cas de luxation en haut et en arrière) la ramenèrent dans la fosse ovale. L'exacte répétition de la même suite de mouvements la replaça dans l'échancrure sciatique, et comme précédemment en essayant de la réduire de cette position, je reportai la tête du fémur dans la fosse ovale. L'ayant de nouveau replacée dans l'échancrure sciatique, j'appliquai mon pied sur le périnée et je joignis l'extension à mes mouvements; aussitôt la tête glissa dans la cavité cotyloïde. Tout se passa en un temps très-court en raison de l'extrême facilité avec laquelle la tête changeait de place. Le malade guérit bien. »

L'auteur fait suivre ces deux observations de quelques réflexions. Il pense que si dans la luxation en haut et en arrière la flexion doit être complète, dans la luxation ischio-pubienne il vaudrait peut-être mieux ne pas fléchir la cuisse sur le tronc beaucoup au delà de l'angle droit, car toute flexion plus prononcée a pour effet de porter la tête au-dessous de la cavité cotyloïde, et déjà la tête est située trop bas. CH. P.

Quelques considérations sur les anévrysmes spontanés de l'artère axillaire, par BRUSQUE. (*Thèse de Paris*, 1873.)

La seule partie de cette thèse qui mérite d'être signalée est une observation de guérison d'un anévrysme axillaire par la compression directe au moyen d'un appareil spécial.

Observation. — Homme de 52 ans : L'anévrysme paraît s'être développé en partie sous l'influence de la pression d'une béquille sur l'artère 5 mois environ avant le début du traitement. Tumeur grosse comme un œuf de pigeon, avec tous les signes physiques des anévrysmes, causant des irradiations douloureuses très-vives dans le membre supérieur correspondant et une gêne notable de la circulation en retour. — Le malade refuse la ligature de la sous-clavière et ne peut supporter la compression indirecte. On confectionne alors un appareil spécial à deux pelotes, l'une reposant sur le moignon de l'épaule; l'autre, portée par un ressort, et allant comprimer la tumeur, qu'elle déborde en tous sens. Du 15 février au 2 avril, la compression est maintenue sans effet bien notable; le 2 avril 1871 on enlève la pelote pour lui faire subir une réparation, et, dès le surlendemain, le malade est pris des symptômes d'une oblitération artérielle subite. On craignit la gangrène du membre, mais bientôt la circulation reprit, quoique faiblement; deux accidents semblables se produisirent encore les jours suivants; puis toute pulsation ayant cessé dans la tumeur, la circulation dans le membre étant restée suffisante, on replaça l'appareil compresseur pour 15 jours, au bout desquels la guérison parut complète. Deux ans après il n'existait plus de traces de la tumeur.

Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué l'origine de cette observation, qui est un exemple curieux de guérison spontanée d'un anévrysme axillaire, due probablement au déplacement des caillots dans la poche sous l'influence des violences exercées par l'appareil.

Dans tous les cas il nous semble difficile de mettre ce succès sur le compte de la compression directe plutôt que sur celui de la malaxation.

PAUL BERGER.

De la création d'un vagin artificiel et des suites éloignées de cette opération, par M. le professeur DOLBEAU. (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 15 *février* 1874.)

Cette note contient l'histoire très-intéressante d'une jeune fille traitée en 1866, à l'Hôtel-Dieu, pour une absence congénitale du vagin, dans le service de Jobert, suppléé par M. Dolbeau.

La jeune fille, âgée de quinze ans, non réglée, éprouvait chaque mois des accidents graves — douleurs lombo-abdominales très-vives, nausées, vomissements, fièvre — qui firent un instant craindre une terminaison funeste. Le médecin traitant constata que ces accidents étaient dus à un vice de conformation congénital des parties sexuelles, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers mois de l'année 1866.

Cette jeune fille possédait une vulve normale avec une membrane hymen

pourvue d'un petit orifice central, mais derrière laquelle il n'existait pas de prolongement vaginal.

M. Dolbeau ne donne pas ici la situation exacte de la vulve, mais la suite de l'observation indique qu'elle occupe la place du périnée et qu'elle est très-peu distante de l'orifice anal.

Le toucher rectal, le palper abdominal, prouvèrent que l'urèthre et le rectum étaient accolés dans une longeur de quatre centimètres environ ; qu'une tumeur existait au delà de cet accolement, à six centimètres environ de l'anus ; que le vagin faisait défaut ; que, cependant, sa portion cervicale existait probablement.

M. Dolbeau pensa qu'il était urgent d'intervenir.

Il incisa le périnée, comme pour la taille prérectale de Nélaton, décolla l'urèthre d'avec le rectum, et parvint sur la tumeur, qu'il ouvrit.

D'après les indications qui se trouvent plus loin, la vulve occupant le périnée a probablement été intéressée dans l'incision périnéale.

La tumeur était formée par le col de l'utérus entouré de caillots sanguins.

Les caillots s'écoulèrent. La suppuration du canal artificiel se fit sans accidents graves. On n'eut recours ni aux canules, ni aux mèches. On abandonna pour ainsi dire à lui-même le conduit qu'on avait créé. Tous les deux jours le toucher vaginal fut pratiqué. Cette exploration permit de constater le resserrement des parois du nouveau vagin, surtout au niveau des parties profondes.

Plus d'un mois après l'opération, la malade n'avait pas vu ses règles apparaître. Avant qu'une seconde époque fût arrivée, la jeune fille quittait l'hôpital.

Un mois plus tard elle y rentre. Le canal vaginal est conservé en avant, mais dans la partie postérieure ou cervicale il se réduit à un trajet fistuleux ; le doigt ne peut être introduit jusqu'au col.

La jeune fille étant plongée dans le sommeil anesthésique, on dilate avec le doigt tout le trajet vaginal et on arrive jusqu'à l'utérus.

Puis le vagin est maintenu élargi avec un gros cylindre en étain, cylindre que la malade introduit elle-même chaque matin.

Le 18 août les règles reparaissent.

Le 4 octobre, le vagin reste perméable, on peut y introduire deux doigts.

La deuxième période de cette observation est postérieure de six années. En mars 1872, l'opérée bien portante, bien réglée, désirant se marier, vient adresser à M. Dolbeau ces questions : « Puis-je devenir enceinte et pourrais-je accoucher ? »

Pour répondre à ces questions, M. Dolbeau fait un examen complet et constate que la vulve normale, quoique située un peu trop en arrière, est l'entrée d'un canal muqueux qui commence là où devait exister le périnée, et permet d'introduire facilement l'index et le médius réunis. Le canal est long de 5 centimètres environ, son extrémité supérieure fibreuse va se rétrécissant et se termine par un orifice à travers lequel le doigt ne peut pénétrer, mais qui donne passage à un hystéromètre dans une longeur de trois à quatre centimètres.

Le toucher rectal montre que l'utérus est à sa place.

Le résultat de la consultation fut..... qu'en cas de grossesse rien ne semblait s'opposer à la migration de l'enfant.

En novembre 1873, la jeune femme, au bout de sept mois de grossesse, était au travail de parturition.

L'orifice fibreux, rétréci, cicatriciel, de la portion supérieure ou profonde du canal vaginal artificiel ne se dilatait pas et opposait un obstacle infranchissable au passage du fœtus qui le repoussait au devant de lui.

M. Dolbeau dut pratiquer, avec un lithotome double, un débridement bilaté-

ral de l'orifice rétréci, et l'expulsion d'un fœtus mort eut lieu, quarante-huit heures environ après le commencement du travail.

Les règles sont revenues le 25 janvier 1874.

En un mot le coït et la fécondation ont pu avoir lieu au moyen du vagin artificiel, et il est probable que l'accouchement eût été plus facile si on avait maintenu la dilatation de la portion cervicale du vagin.

BOCHEFONTAINE.

Imperforations du vagin, par le Dr VENOT. (*Bordeaux méd.*, nº 52, 1873.)

Une jeune fille de 15 ans n'avait pas encore eu ses règles, mais depuis quelque temps elle souffrait chaque mois. A l'examen, le Dr Venot voit un hymen bombé, imperforé, offrant au toucher la sensation de résistance d'un abcès à point. A l'incision, il s'écoule un flot de sang. Quelques injections suffirent pour calmer un peu d'inflammation vaginale; depuis, l'enfant se porte fort bien.

Une autre femme, âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, se plaignait de ne pouvoir accomplir la copulation. A l'examen, le Dr Venot trouvait : la portion antérieure de la vulve normale, les grandes lèvres ayant leur volume ordinaire en avant, mais s'effaçant bientôt; absence complète d'orifice vulvaire; le plan périnéal se continue jusqu'au bulbe et obture absolument le vagin. Un petit trou, dans lequel on ne peut engager le plus mince stylet, a suffi pour l'écoulement menstruel qui n'a jamais été entravé.

M. Venot fit l'opération suivante : A deux centimètres au-dessous du méat urinaire, et sur la ligne médiane, il tenta de pénétrer par ponction avec un bistouri droit; après avoir traversé une épaisseur de tissus d'un centimètre et demi environ, il sentit que la pointe entrait dans une cavité, qui était le vagin. En introduisant le doigt dans l'ouverture artificielle, le médecin put reconnaître qu'il avait traversé la peau, un plan musculaire, une forte lame aponévrotique, enfin la muqueuse vaginale; cette dernière, s'éloignant assez haut de la face antérieure du rectum, gagnait le bulbe, en laissant en arrière un espace triangulaire considérable. M. Venot débrida encore un peu, plaça une éponge pour dilater encore l'ouverture, et au bout de 8 jours on pouvait introduire un spéculum de petit calibre; le vagin, le col utérin étaient en parfait état.

HENRI HUCHARD.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

ANALYSES.

Article « Service de santé militaire » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, par G. MORACHE. (2e *série, t. VIII, pp.* 73 *à* 204. — 1874, *Masson et P. Asselin.*)

Cet article est un exposé aussi complet que possible de l'histoire de l'assistance médicale dans les armées françaises depuis l'organisation des armées permanentes jusqu'à nos jours. L'auteur a même cru devoir fournir quelques indications historiques sur le fonctionnement de ce même service dans les armées de l'antiquité, dans l'armée romaine en particulier.

En France, il n'existait pas de service médical régulier dans les armées du moyen âge, mais seulement quelques médecins attachés à la maison des princes ou des seigneurs. Sully, et plus tard Richelieu, furent les véritables créateurs du service médico-militaire. A partir du règne de Louis XIV, les ordonnances relatives à son fonctionnement se succèdent à courtes échéances; l'auteur a cru devoir insérer dans son mémoire quelques extraits des plus saillantes d'entre elles, vraisemblablement dans le but de les sauver de l'oubli, car enfouis dans de fort anciens recueils, ces documents sont généralement peu connus. Il en ressort que si quelques progrès ont été accomplis depuis lors, cependant ils sont moins absolus que nous ne l'imaginons volontiers; il est certain que l'ordonnance du 29 juillet 1788 tranche certaines questions encore aujourd'hui pendantes, précisément parce que cette ordonnance, promulguée à la veille de la Révolution, ne fut jamais complétement appliquée.

L'auteur suit le service de santé pendant les grandes guerres de la Révolution et de l'Empire. Un instant pourvu de grandes attributions par la confiance de l'Assemblée nationale, il vit peu à peu disparaître son indépendance avec le progrès croissant du corps administratif, son constant antagoniste, et, au début de la Restauration, fut l'objet de mesures peu libérales. La période de 1825 à 1848 est marquée dans l'histoire de la médecine militaire par quel-

ques réorganisations incomplètes et l'institution des hôpitaux d'instruction. Au moment où éclatait la Révolution de 1848, plusieurs projets étaient à l'étude; ces travaux aboutirent par la promulgation du décret du 3 mai 1848, émancipant le corps de santé de la tutelle administrative. Des influences sans doute puissantes firent traîner en longueur sa mise à exécution, et on parvint à le faire disparaître, sans toutefois l'abroger législativement.

Le 23 mars 1852, un décret présidentiel réglait définitivement toutes les questions pendantes en resserrant davantage les liens qui unissent le service médical au service administratif; il est encore en vigueur aujourd'hui, quoique modifié par le décret du 23 août 1859 relatif à la fixation des cadres, celui du 18 juin 1860 sur l'assimilation aux grades militaires conférée aux médecins.

Après avoir terminé cette partie historique, l'auteur passe successivement en revue les questions du recrutement du corps de santé, celui de son fonctionnement dans les hôpitaux, les ambulances, les régiments. M. Morache ne cherche pas à dissimuler la situation : il établit que, par suite de l'indifférence des gouvernements et du public pour une question dont dépend cependant la vie de milliers d'hommes, la France est de beaucoup le pays le plus arriéré comme organisation du service médical des armées. Cette situation se traduit par une mortalité tout exceptionnelle sévissant sur les ambulances en temps de guerre, par une diminution considérable des effectifs utilisables de l'armée.

L'intérêt bien entendu du pays et de son armée devrait nous conduire à modifier ces institutions en prenant pour modèle les organisations des armées étrangères, dont l'auteur donne un exposé assez court, mais complet cependant. Comme questions accessoires il étudie la convention de Genève dans son application et ses conséquences, beaucoup moins étendues qu'on ne le croit généralement; enfin il indique rapidement le rôle que peuvent jouer les sociétés de secours et l'assistance civile en temps de guerre.

M. Morache a cherché à éviter un double écueil, celui de tomber dans la polémique et celui de venir, après tant d'autres, proposer un plan d'organisation. Dans son travail, il a cherché à mettre le lecteur à même de juger lui-même et de déduire les conséquences qui semblent logiques. CARTAZ.

Vorträge über das Militär-Sanitätswesen im Fall eines Krieges in den Armeen Russlands, Deutschlands, Œsterreichs, Amerikas, Frankreichs, gehalten in der Nicolaï-militair-Akademie zu St-Petersburg (Conférences sur l'organisation du service de santé militaire en cas de guerre dans les armées russes, allemandes, autrichiennes, américaines et françaises, faites

à l'Académie militaire Nicolas de Saint-Pétersbourg), par le lieutenant-colonel d'état-major HASENKAMPF. (*St-Petersburger medicinische Zeitschrift, 4 et 5e fasc.* 1872, *p.* 381.)

Ces conférences, faites primitivement en langue russe par le colonel Hasenkampf, ont été traduites et publiées en allemand par le médecin russe Dr Grimm. L'auteur envisage successivement pour les différentes armées ci-dessus énumérées : 1° le caractère général du service de santé; 2° les différentes organisations sanitaires en campagne; 3° la quantité d'efforts produits et de résultats réalisés; 4° le fonctionnement sanitaire sur le champ de bataille lui-même et en arrière de l'armée.

Nous envisagerons particulièrement la partie de ce volumineux mémoire qui a trait à l'armée russe et aux formations qu'elle opère en ce moment avec activité.

Le service de santé militaire russe se divise : 1° en service mobile sous le feu; 2° service mobile jusqu'aux établissements de secours; 3° service fixe; 4° service de réserves et d'approvisionnements. — L'armée russe est, suivant l'auteur, la première où des lazarets de marche sont incorporés aux corps de troupes eux-mêmes et non indépendants d'elle, et dirigeables, suivant les besoins, sur telle ou telle partie de l'armée. Les services médicaux régimentaires suffisent, dans l'organisation actuelle, à un établissement de 36 lits par régiment d'infanterie, 12 lits par bataillon, régiment de cavalerie ou brigade d'artillerie, 4 lits pour le bataillon de pontonniers et le parc. De la sorte, une division d'infanterie, avec son artillerie, peut établir un lazaret de 156 lits, qui s'élève même à 180, dans le cas où l'on y joint un bataillon de chasseurs et un régiment de cavalerie.

Ces lazarets régimentaires sont destinés : 1° à transporter les malades pendant la marche; 2° à se transformer en « place de pansement » pendant le combat; 3° à s'immobiliser au besoin et stationner avec les troupes.

Les lazarets divisionnaires, attachés non plus à tel ou tel régiment, mais à l'ensemble de la division, constituent en campagne de véritables unités tactiques, contenant chacun 6 lits d'officiers et 160 lits de troupes; 47 lazarets divisionnaires doivent constituer le cadre normal de l'armée russe; 24 sont déjà formés. Leur rôle consiste à former un établissement en arrière de la ligne de feu, à recevoir les blessés déjà examinés par le service régimentaire, à les conserver jusqu'à ce qu'on ait pu les évacuer ou les verser dans les hôpitaux de guerre. Ils sont donc destinés à stationner quelquefois, alors que déjà leur division a repris sa marche en avant.

Les hôpitaux de guerre sont d'abord mobiles, en ce qu'ils suivent l'armée, mais ils s'immobilisent dès qu'ils fonctionnent et

peuvent alors demeurer fixes jusqu'à la fin de la guerre. Chaque hôpital de guerre possède un matériel suffisant pour 630 lits, dont 30 d'officiers. Dans le plan de mobilisation de l'armée russe, on doit former 84 hôpitaux de ce genre, dont 48 pourvus d'un service du train.

Sur les routes ou lignes de chemins de fer, l'armée aura à créer des hôpitaux d'étapes, comme ceux des armées prussiennes; elle utilisera pour ce service les hôpitaux civils de la région, dont, en pays ennemi, elle prendra la direction absolue, par voie de réquisition.

Les réserves du service sanitaire sont constituées par : 1° une réserve de personnel ; 2° des réserves de pharmacie ; 3° des réserves de matériel et d'instruments de chirurgie.

Jetant un coup d'œil sur l'ensemble du service de santé militaire russe, l'auteur se loue de ce que, en temps de paix, comme en temps de guerre, le service médical soit séparé du service administratif. La direction générale du service sanitaire de l'armée appartient, sous l'autorité du chef d'état-major général, au médecin inspecteur et à l'inspecteur des hôpitaux ; ce dernier est un officier du commandement. Dans les lazarets divisionnaires, la direction appartient exclusivement au médecin, mais dans les hôpitaux de guerre, la dualité du commandement reparaît. L'autorité du médecin inspecteur s'exerce sur tout le personnel médical de l'armée ; il a l'administration immédiate du matériel sanitaire de campagne, il préside au fonctionnement général du service. L'officier inspecteur des hôpitaux est plus particulièrement chargé de l'établissement des hôpitaux temporaires, de leurs approvisionnements, du transport des blessés sur le champ de bataille, des évacuations. Dans les hôpitaux mobiles, les attributions des deux chefs sont basées sur les mêmes principes. Les règlements prescrivent aux officiers-inspecteurs des hôpitaux de prendre et d'agir en communauté d'idées avec les chefs du service médical. En cas de conflit, le chef d'état-major de l'armée, ou, à un degré inférieur, le chef d'état-major de la division, tranchent la question.

L'auteur affirme que ce dualisme d'attributions et d'autorité s'exerçant au sommet et dans les hôpitaux mobiles, mais remplacé par l'unité du commandement dans les établissements qui sont en connexion directe avec la troupe, forme un ensemble très-satisfaisant au point de vue du fonctionnement. Nous lui laissons la responsabilité de cette opinion, ni ne contestons son optimisme lorsqu'après avoir comparé, chiffres en main, le nombre de médecins, de lits, de voitures, etc., existant dans les différentes armées par rapport à l'effectif, il conclut à donner la palme à la Russie.

L'organisation de cette armée et de ses services sanitaires, actuellement en formation, pourra être jugée lorsqu'elle sera complète, surtout lorsqu'elle aura fonctionné en campagne.

Où nous sommes beaucoup plus d'accord avec lui, c'est lorsqu'il démontre que, dans les guerres de Crimée et d'Italie, les services sanitaires n'ont jamais été à la hauteur des besoins. Dans la première campagne, les misères de l'armée russe furent excessives. A la bataille de l'Alma on ne *commença* à enlever les blessés que cinq ou six jours après la bataille, les évacuations sur Simphéropol ne purent être entreprises qu'au bout de douze jours; elles en durèrent quinze. Dans cette dernière place, on pouvait disposer de 2,300 lits; on y accumula 6,000 malades; les transports s'exécutèrent dans des conditions de difficultés excessives, et cependant, après Inkermann, on dut évacuer 7,000 blessés. Vers la fin de février 1855, sous le commandement énergique du prince Gortschakow, on commença à s'organiser; cependant jamais l'on ne put disposer de plus de 15,000 places d'hôpitaux, et le chiffre des malades s'éleva à 25,000! L'auteur ne dit pas où on logea les 10,000 autres.

L'armée russe n'est pas la seule à avoir de tels désastres médicaux à enregistrer dans son histoire; l'auteur ne nous ménage pas la vérité et retrace avec détails nos douloureuses expériences de Crimée et d'Italie. Elles sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'y revenir; la partie du mémoire d'Hasenkampf relative à l'armée russe, l'était moins; elle fournit des documents, généralement peu connus, qu'il convient d'autant plus de consulter.

G. MORACHE.

TRAVAUX A CONSULTER.

Notizie sulla statistica medica dell' esercito per l'anno 1870 (Notice sur la statistique médicale de l'armée pendant l'année 1870. (*Florence*, 1873.)

Ce travail, émané de la commission de statistique annexée au conseil supérieur de santé de l'armée italienne, est une publication officielle faisant suite à un travail du même genre, également publié à Florence et fournissant des documents analogues pour les années 1867 à 1869.

Nous en détachons quelques chiffres intéressants :

Pendant l'année 1870, la mortalité de l'armée italienne s'est élevée à 8,40 0/0 de l'effectif, de 1867 à 1869, elle avait été de 10 0/0; le nombre des entrés à l'hôpital a été de 8,95 0/0 d'effectif; en 1867-69, de 8,15 0/0; la durée du séjour à l'hôpital a été, en moyenne, de 15 jours par an et par homme, dans les deux périodes.

En tenant compte des réformes, considérées au point de vue mili-

taire comme cause d'affaiblissement de l'effectif, la perte totale de l'armée (mortalité et réforme) s'est élevée à 24,5 pour 1000 de l'effectif.

Les maladies qui ont sévi principalement sur l'armée italienne en 1870 se trouvent être : la tuberculose, donnant 2,3 entrées sur 1000 hommes d'effectif et représentant les $\frac{276}{1000}$, soit plus du quart des décès en général; la fièvre typhoïde, donnant 3,00 entrées sur 1000 hommes d'effectif et $\frac{209}{1000}$, soit le cinquième des décès en général; la variole, donnant 2 entrées sur 1000 d'effectif et $\frac{96}{1000}$, près de 1 dixième des décès en général; la miliaire donnant 0,6 entrées pour 1000 d'effectif et $\frac{85}{1000}$, environ 1 onzième des décès en général.

Ces données sont conformes avec les observations faites dans les autres armées européennes, où la tuberculose et les maladies infectieuses sont toujours les principales causes des décès. G. MORACHE.

De la mortalité dans l'armée russe pendant la période 1862-1871, par L. L.
(*Saint-Pétersbourg*, 1873.)

Statistique intéressante, vu le manque de travaux de ce genre en Russie. Les sources sont officielles.

La mortalité générale de l'armée russe était en 1841-52 de 37,4 0/00 en moyenne ; en 1862-71 de 15,44 0/0.

Le progrès est évident, quoique la mortalité de l'armée dépasse encore celle de la population civile dans le rapport de 15, 36/11. — C'est surtout la comparaison avec les autres armées européennes qui est défavorable à l'armée russe. Ainsi on trouve en 1864 :

Prusse, 6,3; Angleterre, 9,24; France, 8,6.

La mortalité varie naturellement suivant les circonstances où se trouve l'armée.

Ainsi, au point de vue géographique, il y a une différence énorme suivant les cercles. Celui de Varsovie, réputé le plus sain, est le plus meurtrier pour l'armée.

L'arme la plus épargnée est la cavalerie ; la garde impériale présente au contraire la mortalité la plus considérable.

Quant aux saisons, les mois d'avril et d'août sont les plus funestes, surtout avril : c'est le mois du carême rigoureux, des exercices fatigants, de la disette relative (trois circonstances particulières à la Russie). Au point de vue des causes pathologiques spéciales, on est frappé de l'importance colossale de la phthisie dans l'armée russe. Jamais le choléra, le typhus, etc., n'ont atteint 50 % de mortalité ; la phthisie dépasse cette moyenne tous les ans.

L'auteur termine par ces conclusions :

1° La mortalité de l'armée diminue.

2° Sa cause principale est la phthisie, dont il faut attribuer l'importance incroyable à l'oubli manifeste des règles les plus élémentaires de l'hygiène. G. MORACHE.

Army medical department report for the year 1871 (Rapport du département médical de l'armée anglaise pour l'année 1871. (*XIIIe volume, Londres*, 1873.)

Pendant l'année 1871, la mortalité de l'armée anglaise s'est élevée, en moyenne, à 12,08 pour 1000; fournie par des troupes cantonnées sous toutes les latitudes, cette mortalité éprouve naturellement de grandes différences; en effet, en Angleterre, elle n'atteint que 8,62, au Canada 7,55, à Gibraltar 9,25, aux Indes occidentales 6,21, à bord des navires pour les troupes embarquées 8,40, tandis qu'elle monte à Sainte-Hélène et au Cap à 10,51, à Ceylan 12,32, à Maurice 14,75, aux Bermudes 17,88, dans le sud de la Chine et au Japon à 18,22, et aux Indes orientales à 18,73.

Les troupes coloniales, composées d'indigènes, ont fourni, en 1871, une mortalité supérieure à celle des troupes blanches, s'élevant à 16,88 pour 1000, et se décomposant en : Malte 5,31 0/00, sud de la Chine 11,52, côte occidentale d'Afrique 15,63, Indes orientales 27,08, Ceylan et Labuan 29,54.

Le nombre des entrées aux hôpitaux a été, en moyenne, pour les troupes blanches, de 816 sur 1000 en Angleterre, et 1,020 sur l'ensemble de l'armée; pour les troupes coloniales, l'ensemble est de 1,038.—Parmi les maladies qui ont sévi avec le plus d'intensité, sans cependant être cause de décès. on doit citer la syphilis ; dans le Royaume-Uni 9,37 soldats sur 100 en sont atteints, soit environ le dixième. — Dans certaines villes comme Londres, Dublin et les grands centres manufacturiers, la proportion atteint 16,6 sur 100, le sixième environ.—Les blennorrhagies, comptées en dehors des maladies syphilitiques, s'élèvent à la proportion de 11,2 sur 100 hommes; le dixième de l'effectif en est donc atteint.

Les statistiques du recrutement n'ont point une importance capitale, puisqu'elles ne portent pas sur l'ensemble de la population, mais seulement sur les engagés volontaires. En 1871, 36,214 individus se sont présentés, sur lesquels 12,014, soit 331,8 0/0 ont été reconnus inaptes à servir.

G. MORACHE.

Observations sur le goître épidémique de la garnison de Saint-Étienne, par le Dr MICHAUD. (*Gaz. méd. Paris, nos 2 et 4*, 1874.)

Cette épidémie a atteint 280 individus sur 1,400 hommes formant l'effectif moyen de la garnison.

Symptômes du début variables : tantôt le malade continuait son service, ne s'apercevait de rien jusqu'à ce qu'on lui eût fait remarquer le gonflement du corps thyroïde; tantôt il ne s'en apercevait que par la difficulté qu'il éprouvait à agrafer son col, d'autres fois, il éprouvait de la raideur dans le cou, puis des troubles de la déglutition et de la respiration. Après une marche de quelques heures, la face se congestionnait et devenait violette. Au début, la tuméfaction était diffuse, indolente, de consistance molle, puis elle devenait plus dure et enfin repassait par la période de

ramollissement lorsqu'elle était en voie de résolution. Dans près de la moitié des cas, M. Michaud a constaté la prédominance du goître à droite.

Les deux causes auxquelles il faut attribuer la production du goître, sont les marches forcées en pays de montagne et l'alimentation insuffisante. Les marches forcées et l'ascension des montagnes ont pour effet de congestionner le corps thyroïde et de produire à la longue son augmentation de volume.

L'influence de l'insuffisance de nourriture a été démontrée par l'immunité des sous-officiers et des officiers, et par les bons effets d'un traitement tonique et d'une alimentation réparatrice.

Il résulte de la statistique de l'auteur que les malades ont guéri mieux sans traitement iodé qu'avec un traitement iodé. L'iode est en effet un médicament altérant qui active le mouvement de décomposition, de sorte que la médication opposée, le régime tonique, est plus apte à enrayer les progrès de l'épidémie. M. Michaud résume ainsi la thérapeutique du goître épidémique : Repos, médication tonique, alimentation réparatrice, préparations ferrugineuses, vin de quinquina, hydrothérapie, eaux minérales de Vals, de Condillac, etc. HENRI HUCHARD.

De l'alcool, considéré comme source de force, et du parti que l'on peut en tirer dans la pratique de la guerre, par J. ARNOULD, méd. maj. de 1re cl. — (*Br. in-8o de 32 p., Paris*, 1873.)

Dans une conférence faite le 13 mai 1873 à la réunion des officiers, et reproduite sous forme de brochure, l'auteur, se basant sur des travaux récents de physiologie, démontre que l'alcool n'étant point un aliment véritable, n'est pas non plus un anti-désassimilateur aussi énergique que quelques-uns le prétendent. Étant donnés d'une part la somme des dangers auxquels il expose et d'autre part les avantages qu'il procure, M. Arnould ne croit pas l'alcool utile dans l'alimentation régulière du soldat en campagne.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, l'ingestion d'une minime quantité d'alcool sous forme d'eau-de-vie peut donner « un coup d'éperon à l'organisme, » mais il ne faut pas en espérer plus.

L'auteur s'adresse surtout aux soldats français, appartenant à une race nerveuse et excitable, qui n'a généralement pas besoin d'une stimulation permanente, comme les races septentrionales.

Dans tous les cas, ce n'est pas sous forme d'eau-de-vie que l'alcool doit entrer dans nos rations militaires, mais sous forme de vin, liquide alimentaire que notre sol produit heureusement en abondance.

G. MORACHE.

Recherches sur la viande de l'ordinaire de la troupe au 3e régiment de zouaves, par le Dr BRYON, médecin maj. de 1re cl. (*Recueil des Mémoires de médecine, no 39, p. 626*, 1873.)

L'auteur, par un assez grand nombre d'analyses, a cherché à se rendre compte de la qualité de la viande et du bouillon distribués aux hommes de son régiment.

Cette analyse est intéressante, surtout en ce qu'elle démontre qu'avec la mauvaise qualité des bœufs sur toute la côte algérienne, et les bestiaux que l'on y élève, l'allocation des rations calculées pour l'Europe est absolument insuffisante pour le soldat de l'armée d'Afrique.

Les 300 grammes réglementairement alloués par jour et par homme ne fournissent que 116gr,78 de chair musculaire, soit près du quart de moins qu'avec le bœuf européen ; le bouillon fait avec cette viande est inférieur de 25 0/0 en matières organiques à celui que l'on prépare en France.

L'auteur appelle avec raison l'attention sur une question aussi grave ; ses observations démontrent, une fois de plus, que les rations militaires devraient être modifiées suivant les régions où les troupes sont appelées à séjourner. G. MORACHE.

Das combinirte Pavillon-und Baracken-System beim Baue von Krankenhaüsern (Système combiné de pavillons et de baraques pour les hôpitaux), par H. RIESE, generalarzt. (*Altona*, 1873.)

L'auteur, appliquant à ses constructions hospitalières les règles de l'hygiène moderne, leur donne, quelle que soit la dimension générale, une forme de croix grecque, afin de permettre : d'une part l'accès de l'air sur trois faces, et de l'autre l'existence d'un point de réunion central, pour les besoins du service.

Il établit, sur ces bases, des pavillons en forme de croix, dont chaque branche est formée par une salle de malades, contenant de deux à huit lits ; le pavillon entier en comprend par conséquent de huit à trente-deux.

Cette disposition est originale; elle avait été appliquée déjà pour les grands hôpitaux américains, mais non pour les petits établissements hospitaliers, que l'on regarde, avec raison, comme de beaucoup préférables.

G. MORACHE.

Les villas sanitaires, principalement en temps de guerre ou d'épidémie, les hôpitaux, leur rôle normal, par le Dr CABROL, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, à Paris. (*Br. in-8° de 40 p. avec planches. — A. Delahaye, Paris,* 1873.)

Ce mémoire, couronné par la Société de secours aux blessés, emprunte une importance toute spéciale à la grande expérience et au savoir de l'auteur, qui résume, en ces quelques pages, le fruit de ses observations et de ses recherches, pendant une longue et brillante carrière médico-militaire.

L'auteur étudie d'une façon très-complète, et sous une forme concise, les grands faits, acquis par la science moderne, sur le rôle du sol et de l'air, sur celui des ferments qui s'y développent, dans leurs rapports avec la salubrité des habitations et des hôpitaux. Se basant sur ces données, aussi bien que sur les faits d'observation, il propose de remplacer les hôpitaux actuels par des villas sanitaires construites au milieu de parcs, en dehors des grands centres de population.

Chaque pavillon, destiné à 12 malades et mesurant 25 mètres sur 8, s'élèvera sur un bâti en maçonnerie ou en briques, descendant profondément dans le sol; le plancher du pavillon en est encore séparé par un espace de 50 centimètres, rempli de sable et de cailloutis, sillonné de tubes à drainage dans lesquels on ferait passer un courant d'air chaud, en vue de détruire les végétations cryptogamiques et les fermentations qui s'y développent avec une remarquable activité. — Ces tuyaux servent en outre au chauffage de la salle et à sa ventilation, on évite ainsi l'emploi des poêles dans l'intérieur même des salles de malades.

La carcasse, la charpente et les solives de chaque pavillon sont en fer; les parois et les planchers, toujours doubles, sont en planches, facilement démontables en vue de leur désinfection en cas d'épidémie, ou même de leur destruction par le feu, à l'imitation du procédé introduit par les Américains lors de la guerre de la sécession. — Le toit est construit en triples lattes, recouvertes d'ardoises, et présente, dans toute sa longueur, une ouverture recouverte par un second toit formant lanterne (le *reiterdach*); entre les deux toits existent de larges fenêtres munies de vitrages mobiles. — D'autres fenêtres, en nombre suffisant, sont percées sur les parois du pavillon.

En raison du grand espace superficiel (200^{m} carrés), chacun des 12 lits aura plus de 16^{m} carrés d'espace à sa disposition, sera ainsi suffisamment isolé des boiseries, et possédera une bouche de chaleur spéciale, afin que le médecin puisse régler la température pour chaque malade en particulier.

Les latrines, cause permanente d'insalubrité pour les hôpitaux, sont reléguées dans un petit bâtiment en forme de tourelle, relié à la salle par un pont couvert; la ventilation s'y exécute au moyen d'un vif tirage de bas en haut.

Les bâtiments accessoires du service hospitalier, cuisines, pharmacies, buanderies, sont relégués aussi loin que possible des pavillons, alors même que le service en serait rendu plus difficile: l'intérêt de la salubrité doit passer avant la commodité.

Sur ces bases, les villas sanitaires proposées par M. Cabrol formeraient des institutions hospitalières d'un caractère entièrement nouveau, que l'on compléterait en y introduisant des bibliothèques, des salles de lecture, de conférences, de gymnastique même, en sorte que les longues journées de la convalescence seraient utilisées pour la réfection intellectuelle et morale des malades.

Ce ne sont point là des vues purement théoriques, mais bien l'indication de la voie où il faut marcher, en secouant ce lourd fardeau de préjugés et d'idées acquises qui, en France, s'opposent depuis trop longtemps au progrès et nous maintiennent, en ce qui concerne l'hygiène hospitalière, dans une désolante infériorité. G. MORACHE.

Ueber die Conservirung der Nahrungsmittel vom sanitäts-polizeilichen Standpunkte (De la conservation des substances alimentaires au point de vue de la police sanitaire), par le Dr Léopold PERL. (*Vierteljahrs. f. gericht. med. u. œffentl. Sanit.*, 1874, n° 1.)

Revue complète et fort intéressante des divers procédés de conservation employés pour les substances variées qui entrent dans l'alimentation.

On trouvera en particulier des détails sur quelques conserves qui n'ont pas encore acquis droit de cité dans nos traités classiques d'hygiène (lait condensé, farine lactée).

Voici, d'après l'auteur, le mode de fabrication des fameuses *saucisses aux pois* qui entrent pour une si grande part dans l'alimentation de l'armée allemande. De la farine de pois cuite et transformée en purée est mêlée avec de la viande et de la graisse hachée ; puis, après addition de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude, de thym et de marjolaine, on met le tout dans un morceau de boyau ou de parchemin, comme on fait pour les saucisses, et on fait subir à cette préparation un fumage peu prolongé. J. B.

La Corse et son recrutement, études historiques, statistiques et médicales, par J.-M. COSTA, médecin major de 1re classe. (*In-8o de 171 p., Paris*, 1873.)

Après avoir fait une très-longue et très-consciencieuse étude de la constitution topographique de la Corse, envisagé les différents climats que l'on rencontre sur les pentes des montagnes ou au bord de la mer, l'auteur aborde l'étude de la constitution physique des habitants et la déduit de leur aptitude militaire. De 1838 à 1864, le nombre des jeunes gens admis par les conseils de révision a varié entre 724 et 808 0/00 visités, la moyenne générale étant de 774 ; dans les 226 refusés, 66 l'étaient pour défaut de taille et 160 pour infirmités. Mais, sur les 774 reconnus aptes, 222 ont justifié d'exemptions légales. Le recrutement militaire a donc été de 552 0/00, en suivant les prescriptions de la loi de 1832. Ces résultats sont un peu supérieurs à ceux de la France, envisagée dans son ensemble, où le rendement militaire a été, en moyenne, de 520 0/00. Avec la loi du 27 juillet 1872, ces conditions sont naturellement changées.

L'auteur, après avoir fourni ces documents d'ensemble, envisage successivement les 62 cantons au point de vue de leur topographie, de leurs productions et de leur aptitude militaire. G. MORACHE.

Ueber eine namentlich auf Schlachfeldern beobachtete Art von Leichenstarre (Mémoire sur un genre particulier de raideur cadavérique observée sur les champs de bataille), par le Dr F. FALK. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift, p.* 588, 1873.)

Les médecins militaires ont décrit depuis longtemps les attitudes singulières que l'on observe parfois sur les champs de bataille. Celle dont il s'agit ici est la plus extraordinaire de toutes : le cadavre reste debout, appuyé contre un arbre ou un pan de mur, dans la position qu'avait le soldat au moment de la mort. L'auteur, qui a eu occasion d'en voir quelques-uns aux environs d'Orléans, cherche à donner l'explication de ce fait bizarre, dont il avait été vivement frappé.

Rossbach, qui observait à Sedan, prétendait que c'était l'effet de la raideur cadavérique ordinaire, apparaissant avec une rapidité insolite et succédant aux contractions musculaires de la mort, sans qu'il y ait relâchement musculaire intermédiaire. Dans un travail plus récent, Longmore, citant plus longuement les travaux de Percy, Chenu, Armand, etc. sur ce sujet, admet, au contraire, que la raideur cadavérique n'est pas plus hâtive que d'ordinaire, mais que les muscles restent *contractés* jusqu'à son apparition. Pourquoi? on n'en sait rien. Le Dr Falk attache peu d'importance à ces questions de théorie pure. Il a été surtout frappé d'un fait : c'est que les cadavres, trouvés dans cette attitude, présentaient toujours des *plaies pénétrantes de poitrine*, blessures donnant lieu à de l'asphyxie et à des hémorrhagies rapidement mortelles, deux phénomènes connus pour hâter singulièrement la raideur cadavérique.

De plus, comme ces faits n'ont été observés que dans les cas de blessures de guerre ou de fulguration, l'idée lui vint qu'il s'agissait peut-être d'une *lésion de la moelle*. Effectivement, par un grand nombre d'expériences sur les animaux, il cherche à démontrer que certaines lésions de la moelle provoquent une raideur cadavérique rapide, absolument semblable à celle des champs de bataille. Voici comment : en cherchant à mettre un lapin dans des conditions analogues à celles où se trouve le soldat, on remplace l'excitation du combat et la fatigue par un courant électrique descendant l'axe spinal, on imite la plaie pénétrante de poitrine en sectionnant brusquement la carotide et la trachée. A sa grande surprise, Falk vit la période de relâchement musculaire devenir presque nulle. Le résultat devient encore plus évident lorsque, au moment de la mort, on exerce une irritation *mécanique* prolongée (semblable à celle d'une balle, d'une esquille, etc.) sur la moelle préalablement dénudée.

L'auteur est arrivé, par ce moyen, à maintenir des animaux dans des positions véritablement excentriques jusqu'à 6 ou 7 heures après la mort.

Conclusion : l'attitude debout des champs de bataille est due probablement à une lésion de la moelle.

Malheureusement, il n'existe pas dans la science de relations d'autopsies permettant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de l'auteur.

G. MORACHE.

Aperçu pratique sur le mode de contention des fractures par armes à feu. (*Bulletin de la Réunion des officiers, nos 6 et 7, 1874.*)

L'auteur, après avoir développé rapidement les principales indications du service chirurgical en campagne, et montré que l'on doit à tous égards y rechercher la simplification, propose un appareil à fracture, très-léger et facilement applicable.

Des attaches de zinc, des sangles élastiques et quelques bandes de caoutchouc, des coussins et deux compresses en sont les éléments principaux. Variable de poids et de dispositions, suivant la région où il doit être appliqué, cet appareil, que des planches jointes au mémoire font mieux comprendre que toute description, maintient la fracture très-com-

plétement, permet le transport du blessé, et n'est point exposé à se détériorer rapidement au contact des liquides.

Fait important au point de vue militaire, cet appareil est peu coûteux, et l'on peut en arrimer un grand nombre dans une caisse ou un panier d'ambulance.

G. MORACHE.

Ueber die Schussfracturen, welche das Chassepot-Gewehr bei Schüssen aus grosser Nähe hervorbringt (Fractures produites par le feu du Chassepot à courte distance), par W. BUSCH. (*Archiv f. klin. Chirurgie, XVI*e *vol.*, 1er *fasc.*, 1874, *p.* 22.)

L'auteur avait été frappé, pendant la guerre de 1870-71), de la netteté des plaies des parties molles et du squelette produites par les coups de feu du fusil Chassepot : plusieurs d'entre elles se réunissaient, pour ainsi dire, par première intention.

Ayant institué avec un de ses amis, des expériences cadavériques pour juger de l'étendue des lésions produites sur le tibia par la balle de ce fusil tirée à 20 et à 100 pas, il fut stupéfait des désordres effroyables, de l'attrition des os, produits à cette distance par le projectile ; il étudia alors les effets du coup de feu sur des planches doublées en tôle et sur des masses d'argile : dans ce dernier milieu, la balle se creusait un trou conique d'un demi-pied de large dont elle occupait le sommet et dont les parois étaient incrustées de morceaux de plomb fondu et d'éclats de bois. Sur la jambe d'un cadavre reposant également sur une masse d'argile, la balle tirée à 20 pas faisait une ouverture d'entrée souvent plus petite qu'elle-même, et projetait les débris du squelette et des parties molles à travers un orifice de sortie de l'étendue du mollet tout entier, sur les parois d'un cône énorme dont elle occupait le fond et qu'elle creusait dans l'argile. — Le projectile lui-même était chaud, fragmenté, déformé, diminué de poids. L'échauffement produit par la transformation brusque de la quantité de mouvement qui l'anime suffit, suivant Busch, pour le fondre, en détacher des gouttelettes, et même pour le faire réellement éclater.

Les désordres produits sur la tête sont encore plus considérables : les os, divisés en une multitude de fragments, sont lancés avec la bouillie cérébrale au travers du côté du crâne et de la face opposé à l'orifice d'entrée ; le côté de l'orifice de sortie est haché et littéralement emporté.

Au début de ce travail, Busch se demande pourquoi les fractures de la partie inférieure du fémur, par coup de feu, produisent un épanchement séreux du genou, que l'on ne remarque pas aussi fréquemment lorsque l'extrémité supérieure du tibia est intéressée.

Nous croyons avoir donné la raison de ce fait, dont l'auteur allemand ne trouve pas l'explication, dans un mémoire qui a été analysé dans ce recueil (Tome I, n° 2, 1873, p. 900).

PAUL BERGER.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1874.

ANATOMIE.

Vade-mecum anatomo-chirurgical, par W. Roser (Stuttgardt).

Traité d'anatomie descriptive, par J. Cruveilhier, 5e édition, revue, corrigée et augmentée par MM. Sée et Cruveilhier fils.— T. II, 1re partie, Splanchnologie avec 369 fig. (Paris, P. Asselin, 1874.)

Appareil photographique automatique pour la représentation des dessins de pièces microscopiques, anatomiques et chirurgicales, par le Dr S.-Th. Stein, de Francfort-sur-Mein. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 46.)

Guide pour les préparations anatomiques... et pour les autopsies privées et médico-légales (Munich), par le Professeur Th.-L.-W. von Bischoff.

Réforme de la crâniométrie, par H.-R. Ihering. (*Zeitschr. f. Ethnologie*, Berlin.)

De l'embaumement, par J.-M. Hall. (*Philad. med. and surg. Reporter*, octobre 1873.)

Du Darwinisme et des recherches de Newton et Cuvier, par A. Wigand. (Brunswick.)

Moelle épinière. — Anatomie, par L.-H. Farabeuf; — Physiologie, par Vulpian. (*Dict. encyclop. des sciences médicales*, Paris. G. Masson et P. Asselin.)

Sur un nouveau procédé destiné à donner des représentations graphiques des coupes du cerveau, par M. Luys. (*Soc. de biol.*, 7 février.)

Communication sur le mode de développement et l'époque d'apparition des divers faisceaux de la moelle épinière de l'homme, par M. Pierret. (*Soc. de biol.*, 17 janvier.)

Des circonvolutions cérébrales, par Meynert. — Comm. à la Soc. I. et R. des médecins de Vienne. (*Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, n° 28, 11 juillet 1873.)

De la pie-mère comme tunique des vaisseaux cérébraux, par J. Batty Tuke. (*British med. Journ.*, 11 octobre 1873, p. 433.)

De l'absorption osseuse et du rôle des grandes cellules à noyaux multiples, par Alexandre Morison. (*Edinb. med. Journ.*, octobre 1873, p. 305.)

De la texture du tissu spongieux, par Ch. Aeby. (*Centralb.* nº 50, 1873.)

Résorption normale du tissu osseux; son rôle dans la production des types de formes des os, par le prof. A. Kölliker de Würzbourg. (Leipzig, 1873.)

Des os surnuméraires de l'arc jugal, par le profr Wenzel Gruber. (*Arch. de Reichert et Du Bois-Reymond* 1873, *Heft.* III, p. 249-337.)

Origine des courbures normales du rachis, par le Dr Albert Budge. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 50.)

Étude sur la circulation maternelle dans le placenta, par le Dr Delore. (*Soc. biol.*, 7 février et *Gaz. méd. de Paris*, nº 8.)

Mémoire sur la couche endothéliale sous-épithéliale des membranes muqueuses, par M. Debove. (*Arch. de physiol.*, janvier, p. 19. — V. *Rev. des sc. méd.*, t. I, p. 466.)

Recherches sur la structure des glandes lymphatiques, par G. Bizzozero. (*Moleschott's Untersuch.*, p. 300, 1873.)

Arrêt de développement du globe de l'œil. (*Medical Society of London.*) — Dr Jabez Hogg. (*The Lancet.* 6 déc. 1873, II, p. 812.)

Recherches sur les organes des sens des nouveau-nés, par A. Genzmer. (*Dissert. inaug. Halle*, 1873.)

Sur la signification du pavillon de l'oreille chez l'homme, par le Dr Kupper, d'Elberfeld. (*Arch. f. Ohrenheik*, p. 158.)

PHYSIOLOGIE.

De l'arrêt subit ou rapide de quelques phénomènes morbides ou physiologiques, par le Dr C.-E. Brown-Séquard. (*Arch. of scient. and pract. medicin*, nº 1, p. 87-99.)

Sur les centres d'innervation de l'utérus et du système vasculaire, par le Dr W. Schlesinger. (Comptes rendus de la Soc. imp. de méd. de Vienne dans *Wiener med. Wochenschrift*, p. 1008, 1873.)

De l'influence des excitations des nerfs sensibles sur la sécrétion biliaire, par F. Munk. (*Pflüger's Arch.*, 1873, t. VIII, p. 151-163.)

Sur l'existence de centres moteurs dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, par M. R. Lépine. (*Gaz. méd.*, p. 4.)

Sur la spécialité de fonctions de certaines circonvolutions cérébrales, par R. Lépine. (*Gaz. méd.*, p. 29.)

Sur la spécialité de fonctions de certaines parties des cordons postérieur et latéral de la moelle épinière, par R. Lépine. (*Gaz. méd.*, p. 14.)

Les hallucinations sont-elles dues à l'excitation centrifuge des nerfs des sens? avec des remarques sur les hallucinations et sur l'activité de l'imagination, par le prof. J.-J. Hoppe. (*Deutsche Klinik*, nos 42 et seq., 1873.)

Effets de l'élévation progressive de la température sur les mouvements

réflexes chez la grenouille, par FOSTER. (*Journal of anatomy and physiology*, nov. 1873.)

De la sensibilité de la peau, par M. BERNHARD ; Berlin.

Recherches expérimentales et critiques sur l'électrotonus, par L. HERMANN. (*Pflüger's Arch.*, 1873, t. VIII, p. 258-275.)

De l'électrotonus et de la mécanique intime des nerfs, par J. BERNSTEIN. (*Pflüger's Arch.* 1873, t. VIII, p. 40-60.)

Sur la diverse tension électrique des courants induits entre circuits de cuivre et de fer. Recherches du prof. E. VILLARI, communiqué à l'Acad. des Sc. de l'Inst. de Bologne, séance du 8 mai 1873. (*Bul. delle sc. med.*, juin 1873, p. 453.)

Sur l'augmentation de la tension vasculaire dans le système de la circulation générale pendant la période menstruelle, par A. CAUCHOIS. (*Soc. biol.*, 22 nov. 1873; *Gaz. méd. Paris*, 6 décembre 1873.)

Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur les mouvements et les repos du cœur, ainsi que sur le mécanisme du cours du sang à travers ses cavités, à l'état normal, par M. BOUILLAUD. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 février 1874.)

Chaleur animale par J. GAVARRET. (*Dict. encycl. des sc. médicales*, Paris, G. Masson et P. Asselin.)

Sur la capacité du sang pour l'oxygène aux diverses pressions barométriques, par Paul BERT. (*Soc. de biol.*, 13 déc. 1873.)

Des différences de capacité du thorax dans la station debout ou couchée, par E. PAULSEN. (Kiel.)

Du rhythme des mouvements respiratoires, par Gustave LIEBMANN. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 128.)

Contribution à l'étude des mouvements respiratoires, par Ernest LOCKENBERG. (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft in Vürzburg*, vol. IV, p. 239.)

De l'action de l'oxygène comprimé sur les phénomènes de nutrition et de fermentation, communication de P. BERT. (*Soc. de biol.*, 20 déc. 1873.)

Sur la digestion de diverses substances alimentaires, communication de M. LEVEN. (*Soc. de biol.*, 14 et 21 février.)

De l'inanition minérale et de l'influence du phosphate de chaux sur la transformation des substances albuminoïdes des aliments organisés, par MM. DUSART frères. (*Soc. de biol.*, 10 janvier.)

Des phénomènes osmotiques et des fonctions d'absorption dans l'organisme animal. — Mémoire du Dr Philippe FACINI. Florence, 1873.)

De « l'absorptiométrie » et de son emploi pour la détermination de l'état de l'acide carbonique dans le sang, par SETSCHENOW. (*Pflüger's Arch.* 1873, t. VIII, 1-40.)

Contribution à l'étude de la structure et du fonctionnement de la vessie et de l'urèthre, par G. JURIE. (*Stricker's Jahrb.* 1873, p. 415-438.)

Note sur les résultats de l'extirpation complète d'un des membres antérieurs sur l'axolotl et sur la salamandre aquatique, par PHILIPEAUX. (*Soc. de biol.*, 7 février.)

Statique et mécanique de la charpente osseuse humaine, par le professeur G. Hermann Meyer, de Zurich. (Leipzig, 1873.)

Remarques sur le mécanisme de l'oreille, par John M'Kendrick (*Edinburgh medic. Journ.*, janv. 1874, p. 577.)

Influence des canaux semi-circulaires du labyrinthe de l'oreille sur l'équilibre du corps, par le Dr H. Curschmann, de Berlin. (*Deutsche Klinik*, p. 20).

De l'action physiologique du bromure de calcium et d'autres sels calcaires, par A. Eulenburg et P. Guttmann. (*Arch. de Reichert et Du Bois-Reymond*, 1873, Heft III et IV, pages 396-442.) — Contribution à l'étude du nitrite d'amyle, par les mêmes. (*Ibid.*, p. 442-449.)

De l'ergot de seigle et de ses effets sur le cœur et la pression sanguine, par P. Eberty. (*Inaug. Dissert. Halle.*)

Sur l'action physiologique du poison du Naia tripudians et des autres serpents venimeux des Indes, par Brunton et Fayrer. (*Royal Society*, 22 janvier.)

De l'action de l'arsenic sur le cœur, par Imbert-Gourbeyre. (In-8°, Paris, J.-B. Baillière.)

De l'action du nitrite d'amyle, par Bernheim, de Halle (*Pflüger's Arch.* 1873, t. VIII, p. 253-258.)

Antagonisme physiologique de l'atropine et de la morphine, par le Dr Antonio di Bernardo. (*Gazette hebdomadaire*, n° 8.)

CHIMIE MÉDICALE.

Les doctrines de la chimie, par C. Fontaine. (*Arch. de méd. navale*, 1873, p. 401.)

Nouvelle nomenclature chimique, par W. H. H. Githens. (*Philad. med. Times*, août 1873, p. 762.)

Sur une nouvelle disposition de la pile hydro-électrique au sulfate de cuivre. Note de M. Trouvé. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 29 décembre 1873.)

Des nouvelles méthodes de dosage de l'urée, par le Dr E. Hardy. (*Bull. gén. de thérap*, 1873, t. LXXXV, p. 503 et 545.)

Pathogénie de l'urine phéniquée et fermentation de cette urine, par Arnold Hiller. (*Deutsche Klinik*, p. 28.)

Recherches sur la constitution chimique des globules sanguins, par MM. J. Paquelin et Jolly. (*Soc. de biol.*, 24 janvier.)

Communication sur la signification de la teinte rutilante du sang, par P. Bert. (*Soc. de biol.*, 31 janvier.)

Note sur la richesse en graisse du lait de femme, par A. Schukowshy. (*Zeitschrift f. Biologie*, vol. IX, p. 432. Munich, 1873.)

Le bleu de Prusse soluble; note de LABORDE. (*Soc. de biol.*, 20 décembre 1873.)

Nouvelles recherches sur la préparation du kermès. Action des carbonates alcalins et des bases alcalino-terreuses sur le sulfure d'antimoine. Note de M. A. TERREIL. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 22 décembre, 1873.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'institut pathologique de Berlin, par le Dr FD. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 3 4 et 5.)

Art. Inflammation, par HEURTAUX. (*Dict. de méd. et chir. pratiques*, t. 18.)

Du cancer, par J.-W. BRIGHT. (*Philad. med. and surg. reporter*, août, p. 142.)

Sur l'anatomie pathologique du torticolis, par S.-D. GROSS. (*Philad. med. Times.* octob. 1873, p. 4.)

Note sur la présence de tubes hyalins particuliers dans le liquide spermatique, par le Dr NEPVEU. (*Soc. biol.*, 3 janvier.)

Examen histologique de la tuberculose indurative, sans desquamation catarrhale de la paroi alvéolaire, par le Dr RINDFLEISCH. (*Sitzungsber. der niederrh. gesellsch. in Bonn.*, 1873, p. 21).

Note sur deux faits de tumeurs du mésocéphale, par le Dr H. HALLOPEAU. (*Soc. biol*, 18 mai 1872; *Gaz méd. Paris*, nº 9.)

Sarcomes multiples du cerveau, du corps thyroïde, du cœur, de la rate, du péritoine et de la peau, par le prof. HUGUENIN. (*Soc. scienc. méd. de Zurich*, séance du 1er novembre 1873.) (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte* nº 4.)

Tubercules de la protubérance n'ayant donné lieu à aucun symptôme, par M. BLAIN, (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 598.)

Hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une leucocythémie confirmée, par MM. TROISIER et RAYMOND. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 693.)

Sur l'état des artères de la base du cerveau dans les cas de ramollissement avec hémiplégie, par William DARRACH. (*Soc. pathol. of. Philad. — Philad. med. Times*, juillet 1873, p. 636.)

Hémiplégie ancienne : atrophie du côté droit du corps et déformation de la main. Atrophie de l'hémisphère gauche, par M. THORENS. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 638.)

Sur l'inflammation du système nerveux central, par le prof. Benedikt (de Vienne). (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1873, p. 577.)

Kystes très-volumineux du cerveau chez un homme de 21 ans et un enfant de 4 ans, par le Dr Ramskill, *London Hospital.* (*Brit. med. Journ.*, 13 décembre 1873, p. 691.)

Psammome de la dure-mère chez un sujet de 52 ans qui succomba à une bronchite capillaire, après avoir eu une hémiplégie du côté gauche, par le Dr Cayley. (*Path. Soc. of London, Brit. med. Journ.* 3 janvier, p. 28.)

Note sur les altérations musculaires qu'on observe dans les maladies chroniques, par G. Hayem. (*Soc. biol.* 17 janvier 1874. *Gaz., méd.* nº 5, 1874.)

Rétrécissement de l'aorte; arrêt de développement des organes génitaux, par J.-M. Purser. (*The Dublin Journal of med. sc.*, décembre.)

Sur une large communication entre la veine porte et les veines iliaques droites, par le Dr Ch. Giacomi. (Note présentée à l'Acad. de méd. de Turin, les 21 et 28 novembre.)

Dégénérescence fibreuse d'une grande partie des parois du cœur, hypertrophie de l'organe, pas d'athérome des vaisseaux; mort brusque; par H. Green. (*Pathol. Soc. of London. Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1873, p. 587.)

Phthisie pulmonaire, péritonite tuberculeuse, coagulations veineuses multiples, par M. Davat, externe des hôpit. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 591.)

Persistance du trou de Botal chez un enfant de 5 ans, par le Dr Fredet, de Clermont-Ferrand. (*Gaz. des hôp.* p. 234.)

Anévrysme de l'artère pulmonaire, nullement soupçonné pendant la vie, trouvé chez un sujet qui succomba phthisique, par Silver, *pathological Society of London.* (*Brit. med. Journ.*, 2 novembre 1873, p. 526.)

Des embolies graisseuses, par le prof. Eberth, 46e réunion des naturalistes et des médecins allemands à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 47, 24 novembre.)

Perforation congénitale (4 petits orifices) de la cloison inter-auriculaire, par Archibald Campbell. (*The Glasgow med. Journ.*, janvier.)

Ecrasement par une roue d'omnibus. Luxation du coude compliquée de fracture. Fractures des trois premières côtes droites et des deux premières côtes gauches. Déchirure de la veine cave supérieure et épanchement de sang dans le médiastin. Rupture de la bronche droite, par M. Seuvre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1873, p. 680.)

Choléra; thromboses veineuses multiples; stéatose viscérale, par le Dr Liouville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 637.)

Anévrysme de l'aorte guéri; oblitération complète de la poche par des caillots, par M. Thorens. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1873, p. 637.)

Sarcome kystique de l'aisselle gauche; ablation; apoplexie pulmonaire; pleurésie purulente droite; thrombose de la veine sous-clavière gauche, propagation jusqu'au cœur droit et à l'artère pulmonaire, par M. Seuvre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1873, p. 640.)

Observation d'un anévrysme artérioso-veineux de la crosse de l'aorte dont

la poche communique avec le tronc brachio-céphalique veineux gauche; par M. Chaboud, interne des hôpitaux de Lyon. (*Lyon méd.* 1873, p. 478.)

Tumeur vasculaire de la partie postérieure de la cuisse. Examen histologique, par MM. Martin et Ch. Monod. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 520 et 701.)

Cancer colloïde de l'estomac et du péritoine, par R.-S. Goodwin. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, décembre 1873.)

Ulcère simple de l'estomac; perforation. Péritonite suraiguë. Mort en 24 heures, par M. Landouzy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1873, p. 651.)

Rupture de l'estomac, de cause obscure, chez un sujet ayant de gros calculs biliaires, par Kerwan King. (*Brit. med. Journ.* 1873, p. 602.)

Du rein mobile (27 cas), par F. Howitz. (*Hospitals-Tidende*, XVI. 14.)

Dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales, par Aerts. (*Presse méd. belge*, 4 janvier.)

Carcinome sarcomateux du rein, par le Dr Dowse, *pathol. Soc. of London*, (*Brit. med. Journ.*, 15 avril 1873.)

Oblitération du tronc basilaire; rétablissement de la circulation par les voies collatérales, par M. Duret. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1873 p. 646.)

Cas de gliosarcome, par F. Torday. (*Pester med. chir. Presse*. IX, 50.)

Hémorrhagie de la protubérance annulaire. Hémiplégie droite avec paralysie partielle du facial gauche, par M. Henriet. Hémorrhagie de la protubérance annulaire. Dilatation des pupilles, par M. Pinard. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janv.)

Maladie de Bright. Dyspnée urémique. Apoplexie pulmonaire. Aphasie; hémiplégie faciale droite. Hydro-pneumo-thorax. Mort. Lésion limitée à la 3e circonvolution frontale gauche, par le Dr R. Hervey. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janv.)

Observation de sclérose primitive des cordons de Goll, par Ducastel. (*Gaz. méd. Paris*, n° 3 1874.)

Observation de sarcome de la dure-mère, par W. Foot (*The Dublin Journal*, novembre 1873.)

Fibrome disséminé des méninges. Hyperhydrurie, par Bergeret (de Saint-Léger). (*Lyon méd.* p. 101.)

Un cas de calculs de grandeur variable arrêtés dans les deux reins, bassinets; peu de signes pendant la vie, par Samuel Gee, *Royal med. and chir. soc.* (*Brit. med. Journ.* 13 décembre 1873, p. 707.)

Abcès du rein gauche, formant une tumeur considérable de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauches chez un tuberculeux, difficile à diagnostiquer pendant la vie, mort et autopsie, par Symes Thompson. *Med. soc. of London.* (*Brit. med. Journ.* 22 novembre 1873, p. 619.)

Péritonite mortelle par ouverture d'un abcès pelvien, par A.-K. Minich. (*Philad. med. Times*, octobre 1873.)

Sarcome fasciculé rétro-péritonéal pris pendant la vie pour un myome de

l'utérus. Tumeurs secondaires dans le foie et le poumon, par M. Pitres, int. des hôpit. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janv.)

Cancer colloïde primitif du péritoine, par MM. V. Cornil et Alb. Robin, (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 617.)

Du rôle de la bile épanchée (par ulcération des canaux biliaires) ou injectée, dans la guérison des kystes du foie, par Landouzy. (*Soc. biol.*, 10 janvier 1874. *Gaz méd.* n° 5, 1874.)

Tumeurs gommeuses probables du foie et du cerveau, par M. Troisier. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janvier.)

Carcinome primitif du foie formant une masse unique, recouvert uniformément par le parenchyme hépatique, par M. Fourestié, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janvier.)

Calculs biliaires et abcès du foie s'ouvrant dans le péricarde et la plèvre, pas d'ictère par le Dr W. Legg. (*Path. soc., London*, 15 novembre 1873, p. 587.)

Cancer du canal cholédioque, kyste hydatique et cancer du foie, par le Dr Silver. (*Brit. med. journ.*, 1er novembre 1873.)

Cancer primitif du foie par le Dr Lépine. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 524.)

Cirrhose du foie chez un malade ayant eu la syphilis, par M. Hirne. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 694.)

Calculs biliaires, cholécystite ulcéreuse. Perforation de la vésicule. Péritonite généralisée, par M. Seuvre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 663.)

Cas d'abcès du foie avec ulcérations du côlon, par F.-L. Haynes. (*Philad. med. Times*, août.)

Calculs biliaires ayant déterminé un abcès du foie et consécutivement l'infection purulente, par M. Kermisson. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 674.)

Hépatite suppurée; mort; autopsie; ouverture de l'abcès dans la vésicule biliaire, par M. Léon Jubiot, interne des hôpitaux de Marseille. (*Mouv. méd.*, 1873, n° 49.)

Entéro-colite ulcéreuse. Infection purulente consécutive, par M. Viguier. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 673.)

Carcinome du pylore et de la portion du duodénum avoisinante; perforation du duodénum; digestion d'une portion du lobe gauche du foie. Péritonite purulente, par R. Lépine. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1873, p. 666.)

Occlusion intestinale due à une tumeur épithéliale développée au niveau d'une ancienne cicatrice laissée par la dyssenterie, par M. Isnard. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris* 1873, p. 613.)

Fracture ancienne de la voûte du crâne. Réunion osseuse et fibreuse; stalactites. Cancer encéphaloïde primitif du foie à marche excessivement rapide, par M. P. Budin, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janvier.)

Cancer de la colonne vertébrale et des os du bassin avec dégénérescence de tous les ganglions pelviens et lombaires. Troubles fonctionnels du côté des voies urinaires. Compression de la veine iliaque gauche. Hôpital Saint-Antoine. Service du Dr Duplay. (*Arch. gén. de méd.*, janv. 1, p. 106.)

Tumeurs cancéreuses multiples des os et des viscères ; fractures spontanées du col du fémur et d'une côte, par M. Porak. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 574.)

Mal de Pott. Fistule broncho-rachidienne. Expectoration de fragments osseux pendant la vie, par M. Chénieux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 610.)

Mal vertébral; paraplégie ; compression de la moelle épinière par un abcès caséeux ; pachyméningite externe ; sclérose de la moelle, par M. Troisier. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 604.)

Disjonction traumatique des disques inter-vertébraux, compression brusque de la moelle, par M. Campenon. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 668.)

Arthrite sous-occipitale, abcès par congestion ayant fusé du côté du bulbe et déterminé la mort subite, par M. Dransart. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 661.)

Arthrite sous-occipitale ; mort subite par compression de la moelle, par M. Dussaussay. (*Ibid.*)

Tumeurs périarticulaires, d'apparence fibreuse, développées dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par M. Chouppe. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 656.)

Grossesse. Diarrhée et tuméfaction de la rate. Anémie. Accouchement avant terme d'un enfant mort-né. Œdème douloureux de la grande lèvre et de la cuisse du côté droit. A l'autopsie, inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques de la région crurale et des ganglions, par M. V. Cornil, médecin des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 593.)

Abcès dans le placenta, par G.-D. O'Farrell. (*Philad. med. Times*, novembre 1873.)

Un cas de dégénérescence graisseuse de l'utérus, par le Dr Ludwig Gajasy, de Szegzard. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1873, p. 630.)

Symptômes de périty phlite chronique. Phlegmon péri-utérin ouvert simultanément dans le cœcum, dans la vessie et à l'extérieur, par M. Davat. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 577.)

Dilatation considérable d'un urèthre à son abouchement dans la vessie simulant une vessie biloculaire, par M. Hutinel. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 695.)

Deux cas d'ectopie complète de la vessie avec épispadias, par John Wood. *Royal medical and surgical Society*. (*The Lancet*, 7 février, t. I, p. 198.)

Cachexie et mal de misère. Érythème des mains analogue à celui de la pellagre. Tuberculose, par le Dr H. Liouville. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 579.)

Sclérodermie. Déformation des mains et des pieds, soudure et atrophie des phalanges, par M. Budin. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 662.)

Goître exophthalmique : tumeur médiastinale formée par du tissu cellu-

laire, des glandes hypertrophiées et surtout par une hypertrophie très-notable du thymus chez une jeune femme de 26 ans, qui mourut d'un accident étranger à sa maladie, par Goodhart. *Pathol. Soc. of London.* (*Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1873, p. 663.)

Sur la tuberculose locale, par le Dr C. Friedlander. (*Samml. klin. Vortræge*, n° 64.)

L'homme-squelette, par John H. Salter. (*The Lancet*, 27 déc. 1873, t. II, p. 903.)

Sur un cas singulier de monstruosité, par absence des membres supérieurs, et conformation extraordinaire de l'autre. Note de M. Claudot. (*Compt. rend. de l'Acad. des sc.*, 9 février 1874.) — Homme de 45 ans, dont le membre supérieur gauche manquait complétement, et le droit présentait une variété intermédiaire, non encore décrite, entre la phocomélie et l'hémimélie.

Hémimélie. Conformation normale du bras. Avant-bras rudimentaire, par M. Blain. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 599.)

De l'encéphalocèle et de l'hydrencéphalocèle congénitales, par Prescott Hewet. (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 117.)

Hydrocéphalie congénitale. Développement considérable des os wormiens sur la fontanelle postérieure, par M. Gripat. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 672.)

Pseudencéphale, bec de lièvre double, mains et pieds bots, ectrodactylie de la main gauche, et polydactylie du pied droit, absence d'organes génitaux externes et internes et d'orifice anal, pharynx imperforé, fistule trachéo-œsophagienne, par M. Pinard. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 685.)

Abnormité congénitale du globe oculaire chez un fœtus atteint également d'hydrocéphalie, de bec de lièvre et de syndactylie des pieds et des mains, par E. Dupuy, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, janvier.)

Deux cas de conformation vicieuse des extrémités, par le Dr V. Mosengeil. (*Sitz. der Niederrh. Ges. in Bonn.*, 1873, p. 94.)

Cas intéressant de difformité congénitale de la face, par le Dr Jacob. — *New-York Med. Record*, 26 juin 1873.)

Exemple d'un cas de monstruosité humaine bifemelle du genre *pygophage*, par les docteurs N. Joly et Peyrat, de Toulouse. (*Bull. Acad. méd.*, n° 3, p. 51.)

Sur un monstre par inclusion fœtale, par le professeur Rindfleisch. (*Sitzber. der Niederrh. Ges. in Bonn.*, 1873, p. 133.)

Cas de syndactilie, par M. Sée (*Soc. de chir.*, 17 déc. 1873.)

Des malformations des doigts et des orteils dans leurs rapports avec l'hérédité, par Mirabel. (*Thèse, Paris*, 1873.)

Note sur un cas remarquable d'anorchidie, par L. Urdy. (*Gaz. des hôp.*, p. 58.)

Vice de conformation des yeux, par le Dr Polaillon. (*Soc. de chir.*, 28 janvier.)

Anomalie de l'œsophage. — Oblitération du bout supérieur. Ouverture du bout inférieur dans le conduit aérien au niveau de la bifurcation de la trachée, par le Dr Ch. Périer. (*Soc. de chir.*, 10 déc. 1873.)

Absence d'anus, communication de l'intestin et de l'urèthre, fissure de la paroi antérieure de l'œsophage et postérieure de la trachée ; communication anormale de ces canaux. Opération avec résection du coccyx. Autopsie, par Tarnier. (*Soc. de chir.* et *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 1099.)

Absence complète de rectum et d'S iliaque avec conservation de l'anus, par Charon et de Saint-Moulin (*Presse méd. belge*, 22 février.)

Cas d'utérus double, par W.-L. Atlee (*Trans. of the med. soc. of the state of Pensylvania,* IX, 2, p. 112.)

Absence de l'utérus et du vagin, par M. le Dr Azam. (*Bordeaux méd.*, nº 52, 1873.)

Absence d'utérus chez une jeune fille de 20 ans. Conformation régulière des ovaires et des organes génitaux externes, par M. Thorens. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 673.)

Cas d'éventration. Pièces présentées, par le Dr Becher à la Soc. obstétr. de Berlin, séance du 22 avril 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 45.)

Étiologie de la fièvre, par Maclean. (*Brit. med. Journ.*, 11 octobre.)

Production d'une fièvre intense et à guérison rapide chez le lapin, par l'injection sous-cutanée de la diastase ou du ferment hépatique, par le prof. Binz. (*Sitzber. der Niederrh. Ges. in Bonn.*, 1873, p. 137.)

De la transpirabilité du sang; nouveau procédé de dosage des globules frais, par le Dr Haro, médecin-major du 35e de ligne. (*Gaz. hebdomadaire*, nº 8.)

De la présence des corpuscules d'Obermeier dans le sang des malades atteints de fièvre à rechutes, par le Dr Naunyn. (*Soc. de thér. expér. à Kœnigsberg,* séance du 12 mai 1873.)

De la virulence croissante du sang septicémique, par M. Dreyer, de Rostock (*Centralbl.* nº 59, 1873, p. 929.) Expériences confirmatives de celles de M. Davaine.

Recherches sur les formations du conobacteria septica, par Th. Billroth. (Berlin.)

Sur les substances infectieuses, par J. Jordan Brown. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873.)

Recherches sur l'infection putride, par G. Clementi et G. Thin. (*Stricker's Jahrb*, t. III, p. 292, 303.)

Parasites de la fièvre à rechutes, par le Dr Weigert. Section de médecine de la Société silésienne d'instruction patriotique, séance du 12 septembre 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 49.) Les observations de l'auteur sont confirmatives des découvertes d'Obermeier. (*V. Rev. sc. méd.*, I, 580 et II, 625.)

Remarques sur les recherches expérimentales faites à propos du choléra,

par Gustave Wolffhügel. (*Arch. für exp. Pathol.*, t. I.) Contient des renseignements bibliographiques intéressants.

Diabète expérimental, par Hoffmann, de Berlin, 46e réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 52.)

Ascite chez les axolotls; guérison par une injection d'alcool dans la cavité du péritoine, par M. Philipeaux. (*Gaz. méd. Paris*, nº 91, p. 14.)

Extirpation des deux noyaux lenticulaires, par le prof. H. Nothnagel. (*Centralbl.*, 1873, nº 56.)

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Pratique médicale des natifs à Rajpootana, par W. J. Moor, chirurgien-major. (*The Indian Annals of Medical science*, nº 31, p. 95. Calcutta, 1873.)

Leçons de médecine clinique faites à l'infirmerie royale de Glasgow. Deuxième leçon: observations montrant l'importance de la douleur comme symptôme de maladie, par le Dr Mac Call Anderson. (*The Lancet*, 19 juillet 1873, p. 73.)

Maladies communes à l'homme et aux autres animaux, par L. Lindsay. (*Brit. and foreign med. chir. Review*, janv., p. 150.)

Résumé des cas traités, peudant les mois d'avril et de mai 1873, à l'hôpital général de la Présidence : fièvre intermittente, fièvre continue, syphilis, chirurgie antiseptique, anévrysme thoracique, par Edward Lawrie, bachelier en médecine. (*The Indian Annals of medical science*, nº 31, p. 177. Calcutta 1873.)

Stéthoscope avec trois modèles différents d'entonnoir, tubes en cône et plaque fixe, par J. Herm. Baar. (*Deutsche Klinik*, p. 26.)

Clinique des maladies de la moelle, par E. Leyden. Berlin.

De la myélite chronique, par C. Lange. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 26 à 53.)

Sclérose de la moelle, par Lockhart-Clarke. (*Pathological society of London. — Brit. med. journ.*, 13 décembre 1873, p. 708.)

Paralysie réflexe (myélite), par Kesteven. (*Brit. med. journ.*, 6 décembre 1873, p. 663.)

Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive; arthropathie fractures et luxations consécutives, par le Dr Forestier. (In-8º. Paris, Ad. Delahaye.)

Paralysie de la corde vocale gauche d'origine centrale, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 1.)

Hémiplégie complète du côté droit et aphasie dans un cas de ramollissement du lobe sphénoïdal et du lobe occipital de l'hémisphère cérébral gauche, par Trousseau. (*Soc. biol.*, 13 décembre 1873, et *Gaz. méd. Paris*, nº 2.)

Paralysie spinale de l'adulte. Début brusque. Période fébrile, délire, difficulté du diagnostic. Période paralytique. Période d'atrophie. Intégrité de l'intelligence et de la sensibilité cutanée. Traitement.

Paralysie spinale. Fièvre pendant deux jours. Zona double. Paralysie incomplète des membres inférieurs. Atrophie à début brusque des muscles du bassin et des cuisses. Observations de M. Charcot. (*Prog. méd*, p. 93.)

Abcès développé entre la dure-mère et le crâne, accompagné d'une fièvre persistante, par le Dr Sydney Ringer. (*The Lancet*, 16 août 1873, p. 228.)

Hémorrhagie cérébrale, hémiplégie droite, mort survenue six mois après par phlegmon diffus dans le membre supérieur droit hémiplégié, par le Dr Vergely. (*Bordeaux, méd.*, no 49, 1873.)

De l'aphasie, par Ludwig Gogol. (*Inaug. Dissert.* — Breslau.)

De l'aphasie, par W. Hannes. (*Inaug. Dissert.* — Breslau.)

Observation de myélite de la région dorsale (avec ramollissement), par M. Raymond. (*Gaz. méd. Paris*, no 9.)

Cas d'anémie médullaire, par C. K. Mills. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Méningite cérébro-spinale, par S.-G. Carpenter. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, juillet 1873.)

Cas de fièvre cérébro-spinale, par James Hutchinson. (*Philad. med. Times*, juin 1873.)

Méningite cérébro-spinale, par T.-J. Hutton. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juin, p. 489 1873.)

De la méningite cérébro-spinale, par J. Gislespie. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, décembre 1873.)

Méningite cérébro-spinale purulente, par Troisier. (*Bull. de la Soc. anat.*. 5e série, t. VIII, p. 608.)

Contribution à la pathologie des nerfs vaso-moteurs, par le Dr Wilh. Cuntz, de Wiesbaden. (*Arch. der Heilk.*, p. 63.)

Des maladies des organes thoraciques (histoire clinique, pathologie et traitement), par A.-T.-H. Waters, 2e édition. (Londres, J. et A. Churchill.— Liverpool, Adam Holden). Cet ouvrage contient des leçons cliniques utiles à consulter, particulièrement sur la pneumonie, l'emphysème pulmonaire, la dégénérescence graisseuse du cœur et l'anévrysme thoracique.

Clinique des affections thoraciques, par le prof. Hermann Lebert, de Breslau. (Tubingue, 1873, 1er vol. et 1re moitié du 2e.)

Du bruit de pot fêlé, par Baas. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XII vol.)

Les bruits forts et leur valeur seméiologique dans la clinique interne, par le Dr Paul Niemeyer. (*Deutsche Klinik*, p. 1 et suiv.)

Sur l'étiologie de l'enrouement, par H. Welsch. (*Bayer. aerztl. Int. Bl.*, 38, 1873.)

De l'aphonie, par A.-H. Smith. (*Philad. med. Times*, octobre 1873.)

Affections de la gorge et du larynx sans cause anatomo-pathologique, par le Dr Herm. Klemm, de Leipzig. (*Deutsche Klinik*, p. 43.)

Étude sur quelques affections nerveuses du larynx, par Eben. Watson. (*Glasgow med. journ.*, janvier.)

Sur une cause d'hémoptysie, par H.-Y. Evans. (*Philad. med. Times*, novembre 1873.)

Pourquoi la phthisie pulmonaire commence-t-elle presque toujours au sommet du poumon ?

Le prof. Rindfleisch explique ce fait par deux causes : 1° le poids des épaules qui, dans la station verticale, gêne l'expansion des sommets pulmonaires; 2° l'anémie des sommets, par la tendance qu'a le sang d'occuper les parties déclives. (*Sitzungsber. der Niederrhein. Gesell. in Bonn.* 1873, p. 67.)

Quelques vues sur la pathogénie de la tuberculose pulmonaire et sa prophylaxie, par le Dr Adolphe Beauclair. (*Montpellier médical*, p. 1.)

Des inhalations de poussières considérées comme causes de maladies pulmonaires (maladies des potiers), par le Dr Symes Thompson. (*Med. Times and Gaz.*, oct. 1873, p. 429 et 457.)

Sur la tuberculose miliaire étudiée particulièrement dans ses rapports avec la fièvre typhoïde, par Burkart. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XII vol.)

Note sur des larves de diptère rendues par un tuberculeux, par le Dr Vanpeteghem. (*Bull. méd. du Nord*, nos 11 et 12, 1873.)

De la bronchite capillaire, par H.-R. Noel. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre, p. 166.)

De la pneumonie bilieuse, par S.-P. Johnson. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août, p. 113.)

Pneumonie (lobe inférieur du poumon gauche), complication de méningite, par J.-M. Purser. (*The Dublin journal of med. sc.*, décembre 1873.)

Affection pulmonaire (pneumonie, etc.) résultant d'une compression de la bronche primitive, par Jackson et Ellis. (*The Boston med. journal*, 1er janvier.)

Pneumonie aiguë lobaire, otite aiguë intercurrente, accidents nerveux (service du Dr Gintrac). (*Bordeaux médical*, no 48, 1873.)

Sur l'inflammation du poumon, par A. Schramm. (*Bayer. aerztt. Int. Bl.*, XX, 40.)

Recherches sur l'œdème pulmonaire, par D. Stiller. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 46-48.)

Contribution à l'étude de la thoracentèse, et en particulier de la méthode de Futschek, par le Dr L. Ruprecht, prof. à Munich. (*Wiener. med. Wochenschrift*, p. 943.)

Note sur cinq cas de thoracentèse, par Sydney Ringer. (*The Practit.* déc. 1873, p. 408.)

Pleurésie subaiguë, aspiration, mort par syncope, par W.-H. Farrington. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Pleurésie purulente chez un homme de 68 ans; thoracentèse; opération de l'empyème par incision ; guérison. (*Un. méd.*, p. 75 et 85.)

Observation d'un cas de pleurésie purulente; plusieurs ponctions avec l'aspirateur; mort, par Robert Fitzmaurice. (*The Dublin journal of med. sc.*, janvier.)

Empyème guéri par la thoracentèse et les injections iodées, par WIBERG. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 30.)

Sur la guérison des granulations tuberculeuses des plèvres, par le Dr PERROUD, médecin de la Charité. (*Lyon méd.*, p. 97.)

Cas de paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne, par le Dr LAKE. (*The Lancet*, 26 juillet 1873, p. 113.)

Observation de paralysie pseudo-hypertrophique, par HUTCHINSON. (*The Lancet*, 12 juillet 1873, p. 44.)

Paralysie unilatérale du grand dentelé, par le prof. BUSCH. (*Sitzungsber. der Niederrh. Gesell. in Bonn*, 1873, p. 93.)

Névralgie trifaciale, point douloureux apophysaire au niveau de la 5e vertèbre cervicale, cessation subite de la douleur après l'application du cautère actuel sur le point douloureux vertébral, par le Dr ARMAINGAUD. (*Bordeaux médical*, n° 9.)

Remarques sur les contractions musculaires du côté paralysé dans la paralysie de la face, par Hughlings JACKSON, London hospital. (*Brit. med. journ.*, 29 nov. 1873, p. 631.)

Des maladies du cœur, par W. PEPPER. (*Philad. med. and surg. Reporter*, déc. 1873.)

Cas de déchirure des valvules aortiques, par W. PEPPER. (*Philad. med. Times*, octobre 1873.)

Endo-péricardite et myocardite, épanchement séreux considérable du péricarde devenant hémorrhagique; huit ponctions du péricarde avec l'appareil aspirateur, deux ponctions du cœur sans accident, par BOUCHUT. (*Gaz. Hôp.*, n° 145, 1873.)

Anévrysme de l'aorte, par T.-E. LITTLE. (*The Dublin journal of med. sc.*, novembre 1873.)

Cas de rétrécissement mitral avec hypertrophie et dilatation cardiaque manifesté par un bruit présystolique, par A. E. SANSOM. (*Medic. Times and Gaz.* 10 janvier, p. 34.)

Sur le diagnostic et l'étiologie du rétrécissement pulmonaire unilatéral, par le prof. H. NOTHNAGEL, de Fribourg en Br. (*Samm. klin. Vortr. d. R. Volkmann*, n° 66.)

Rétrécissement mitral, athérome de l'artère pulmonaire; mort subite, par M. VIGUIER, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 526,)

Des anévrysmes internes, par W. PEPPER. (*Philad. med. and surg. Reporter*, oct. et nov. 1873.)

Cas d'embolies aortiques, par James REID. (*Brit. med. journ.*, 8 oct. 1873.)

Cancer à la base du cœur et le long de l'aorte, compliqué d'un anévrysme de la crosse aortique, par G. OTTONI. (*Gaz. med. ital. Provinc. Venete*, 26 juillet 1873.)

Note sur l'apparition plus rapide et la persistance plus grande de l'œdème du membre supérieur gauche dans les affections cardiaques, par HANOT. (*Soc. biologie*, 17 janvier et *Gaz. méd.*, 7 février.)

Affection cardiaque où l'action de la digitale est mise en évidence, par C. Hanfield Jones. (*Med. Times and Gaz.*, oct. 1873, p. 430 et 459.)

Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hemorrhagica et des affections pétéchiales, par le Dr H. Mollière. (*Lyon méd.*, p. 331.)

Vaste ulcère de l'estomac. Marche insolite de l'affection. Difficulté du diagnostic. Hydropisie généralisée. Œdème de la glotte. Mort. Autopsie, par Vandenbetgh. (*Presse méd. belge.*, 15 février.)

Cancer de l'estomac, absence de vomissements, difficulté de diagnostic. Observation recueillie par le Dr Bottentuit, dans le service de M. le prof. Béhier. (*Un. méd.*, p. 25.)

Recherches sur la dyssenterie et son traitement, par Flügel. (*Blätter f. Heilwisse*, IV, 20-22.)

Observation d'invagination intestinale de onze mois de durée, par Leichtenstern. (*Deuts. Arch. f. klin. Medicin*, t. XII.)

Cas d'abcès du foie, par J. Cummiskey. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Abcès du foie consécutif à une fièvre typhoïde, durée de trois mois; ponctions successives, guérison, par George Chater. (*Brit. med. journ.*, 15 novembre 1873, p. 571.)

Abcès considérable du foie sans ulcération intestinale, n'ayant éveillé l'attention de l'observateur que par l'existence d'une vive douleur épigastrique que 10 à 15 jours avant la mort du malade, par le Dr R. King. Pathological Society of London. (*Brit. med. journ.*, 13 décembre 1873, p. 708.)

Kyste hydatique du foie, rupture spontanée dans le péritoine. Péritonite suraiguë. par M. Seuvre. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 665.)

Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite, pyo-pneumothorax et vomiques abondantes, opération d'empyème, guérison, par le Dr Robert, de Pau. Réflexions par M. Moutard-Martin. (*Un. méd.*, 1873, p. 887 et 909.)

Terminaison spontanée des kystes hydatiques du foie dans le tube digestif, par A. Letourneur. (*Thèse de Paris*, n° 481, 1873.)

Observation de cancer du foie et de la capsule surrénale gauche avec ascite, par H. Thompson. (*Med. Times and Gaz.*, 10 janvier.)

Cas de cirrhose du rein, par Grainger Stewart. (*Med. Times and Gaz.*, sept. 1873, p. 247.)

Maladie de Bright. — Suppression d'urine pendant 12 jours; retour de l'urination, convulsions et mort, par Albert Kisch. (*Brit. med. journ.*, 22 nov. 1873, p. 601.)

Contribution à l'histoire des hydropisies, par A. Brochin. (*Thèse de Paris.*)

De l'albuminurie temporaire consécutive aux bains froids, par Georges Johnson. (*Brit. med. journ.*, 6 décembre 1873, p. 664.)

Deux cas de chylurie, par G. Smith. (*Med. Tim. and Gaz.*, 10 janv., p. 37.)

De la relation entre l'hématurie, l'abuminurie et les dépôts d'acide urique, par Hirschsprung. (*Hospitals-Tidende*, 8 octobre 1873.)

Sur la présence de l'urée dans les sueurs chez un cholérique, chez un ma-

lade empoisonné par le phosphore et dans un cas de myélite aiguë, par LIOUVILLE, CARVILLE et JOFFROY. (*Soc. de biol.*, 8 nov. 1873, *Gaz. méd.*)

Sur les indications fournies par l'urine, par A.-P. FOKKER. (*Nederl. Tijdsschr. v. Geneesk*, sept. 1873, p. 453.)

De l'urine chez les hydropiques qui ne sont point atteints d'albuminurie, par Ch. TORTEIL. (*Thèse de Paris*, n° 445, 1873.)

De la diminution de l'urée excrétée pendant les accès de fièvre intermittente chez un malade atteint de lithiase biliaire, par P. REGNARD. (*Soc. biol.*, 22 nov., *Gaz. méd.*, 6 déc. 1873.)

Du diabète insipide, par Madison MARSH. (*Philad. med. and surg. Reporter*, octobre 1873, p. 250.)

Pathologie et traitement du diabète sucré, par E. KÜLZ. — Marburg.

Observation de rhumatisme tendineux, considérations sur son diagnostic et son pronostic, par le Dr H. HUCHARD. (*Un. méd.*, p. 236.)

Rhumatisme subaigu et endocardite chez une jeune fille de 16 ans. Mort le 8e jour par embolie de l'artère pulmonaire, par M. TRINCHAM. Westminster hospital. (*Brit. med. journ.*, 15 nov. 1873, p. 573.)

Paralysie diphthéritique, par H. HIRSCHSPRUNG. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 21.)

De l'angine diphthéritique et de sa guérison, par G. CASAGRANDE. (*Il Raccoglit. med.*, décembre 1873.)

Sur la diphthérie à propos d'une épidémie récente en Italie, par R. Hunter SEMPLE. (*Med. Times and Gaz.*, 13 décembre 1873.)

Considération sur la rage, par le Dr V. PEYRANI. (Turin, 1873.)

Cas de rage humaine, par M. DENUCÉ. (*Bordeaux méd.*, n° 7.)

Observation d'un cas d'hydrophobie rabique. par M. J.-N. PLOUQUET. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1873, p. 595.)

Trois observations de rage humaine, réflexions, par LANDOUZY, interne des hôpitaux. (*Progrès méd.*, 1873, p. 271, 284, 295, 307.)

Hypothèses sur l'origine des maladies miasmatiques, par John M. BRYAN. (*Brit. med. journ.*, 13 déc. 1873, p. 688.)

Congestions locales dans la fièvre intermittente, par H.-G. LANDIS. (*Philad. med. Times*, juin.)

La malaria, origine du choléra, par ANDRÄAS. (*Bayer. ærztt. Int-Bl.*, XX, 39.)

De la fièvre intermittente pernicieuse, par Manuel ALEMAND. (*El siglo med.*, août 1873.)

Influence des hémorrhagies sur la rate de l'homme, par Victor LAFOREST. (*Thèse de Paris*, n° 427, 1873.)

Étude clinique et anatomo-pathologique sur le cancer de la rate, par le Dr GRASSET. (*Montpellier médical*, p. 417, 1873.)

Inflammation aiguë de la rate, abcès, péritonite, mort. Service du Dr Wm. ALEXANDER, Liverpool Workouse Hospital. (*The Lancet*, 23 août 1873, p. 264.)

Augmentation de volume de la rate liée au rachitisme et simulant une affection maligne du rein, par le Dr Currie Ritchie. (*The Lancet*, 5 juillet 1873, p. 6.)

Cas de leucémie et de pseudoleucémie, par V. Schepalern. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 31.)

De la cachexie sphénique paludéenne des climats tropicaux, par le Dr Fayrer. (*Med. Times and. Gaz.*, 3 janv.)

Suppuration des ganglions lymphatiques viscéraux, par le Dr Hilton Fagge. Path. soc. (*Brit. med. journ.*, 15 nov. 1873, p. 586.)

Tuberculose et scrofule chez le même individu, par Paul Niemeyer. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 46.)

Fièvres typhoïdes frustes, à forme apyrétique et ambulative; observation recueillie par le Dr H. Huchard. (*Un. méd.*, p. 233.)

Aphasie consécutive à la fièvre typhoïde. Observation recueillie par J. Waring Curran. (*The Lancet*, 26 juillet 1873, p. 114.)

Péritonite par propagation (sans perforation) dans une fièvre typhoïde, par A.-W. Foot. (*The Dublin journal of med. sc.*, décembre 1873.)

Sur les formes légères de la fièvre typhoïde, par Jürgensen. (*Sammlung klin. Vortræge*, n° 61.)

Quelques considérations sur les hémorrhagies et la rachialgie dans la dothiénentérie, par L. Catrin. (*Thèse de Paris*, n° 49.)

Orchite suppurée avec élimination spontanée du testicule pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, par M. V. Hanot. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. IX, p. 589.)

De la complication cardiaque de la fièvre typhoïde et de la mort subite consécutive, par Rémy Longuet. (*Thèse de Paris*, n° 458.)

Maladies rattachées à la fièvre typhoïde par une parenté obscure, par J.-P.-H. Boileau. (*The Lancet*, 23 août 1873, p. 258.)

De l'autotyphisation par excès de fatigue et des maladies typhiques en général; leçon de M. Peter, recueillie par le Dr H. Huchard. (*Un. méd.*, p. 2.)

Étiologie de la fièvre typhoïde, par Bjering. (*Hospitals-Tidende*, 22 octobre 1873.)

De l'étiologie du typhus, par Bjering. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 43.)

Étiologie du typhus, par Bruglocher. (*Bayer. ærzt. Int. Bl.*, XX, 33.)

Étiologie du typhus, par Fürst. (*Bayer. ærzt. Int. Bl.*, XX, 37.)

Des causes de l'extension du typhus, par G. Hamilton. (*Philad. med. Times*, décembre 1873.)

Pathologie et traitement du typhus, par F.-S. Newlin. (*Philad. med. and surg. Reporter*, décembre 1873.)

Observations sur le *typhus exanthématique* et la *febricula*, avec détails particuliers sur l'étiologie, la statistique, les variations de température des malades et la marche de la maladie chez les enfants, par le Dr Eduard Behse. (*Dorpater medicinische Zeitschrift*, p. 1.)

De la fièvre jaune, par Madison Marsh. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 145.)

De la fièvre jaune, par H.-L. Byrd. (*Philad. med. Times*, août 1873.)

Considérations sur la fièvre jaune et son mode de propagation, par Wucherer. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, vol. XII.)

Note sur l'épidémie de fièvre jaune observée en 1873 à la Nouvelle-Orléans. Expériences d'inoculation, par Joseph Jones. (*The Boston med. journal*, novembre et décembre 1873.)

Note sur une épidémie de fièvre jaune à Shreveport, par Joseph Jones. (*The Boston med. journal*, 15 janvier.)

Pathologie comparée du choléra, de la fièvre jaune et des fièvres intermittentes pernicieuses, par J.-J. Caldwell. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre 1873, p. 163.)

Quelques notes sur l'histoire du choléra (cause, nature et traitement), par M. Netter. (*Revue médicale de l'Est*, janvier.)

Le choléra, considérations cliniques et traitement par le Dr Davreux. (In-8°, Paris, Delahaye.)

Coup d'œil rétrospectif sur l'épidémie cholérique de Dorpat en 1871, par le prof. V. Weyrich. (*Dorpater medicinische Zeitschrift*, 1873, p. 193.)

Discussion sur le choléra, par J. Guérin, Chauffard, Fauvel, Hervieux, Barth, Woillez, Briquet, Jolly, etc. (*Bull. acad. méd.*, 1873.)

Des diarrhées en temps d'épidémie cholérique, par F.-A. Mühlhäuser (de Spère). (*Berl. klin. Wochens.*, n° 50.) La présence de l'albumine dans l'urine indiquerait l'origine cholérique de la diarrhée.

Observations sur la pathologie et le traitement du choléra, par John Murray. (Londres 1874. Smith, Elder et Cie.)

Histoire de l'épidémie de Dengue à Madras en 1872, par M. Sheriff. (*Med. Times and Gaz.*, nov. 1873, p. 543.)

Du développement de la peste dans les contrées montagneuses et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique, par le Dr Tholozan, (*Brit. med. journ.*, 20 décembre 1873, p. 726.)

Goître endémique et épidémique. (Lettre de M. Nivet à la *Gazette hebdomadaire*, janvier, n° 4.)

De la migraine, par T. Curtis Smith. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juillet 1873.)

Nature et traitement de l'asthme, par J.-C. Thorowgood. (*Med. Times and Gaz.*, 17 janvier.)

Étude sur la tétanie, par Riegel. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin.*, vol. XII.)

De quelques causes de stérilité, de l'impuissance par cause morale, leur traitement, par le Dr Noël Guéneau de Mussy. (*Un. méd.*, 1873, p. 861.)

Essai sur les vertiges au point de vue du diagnostic, par Gustave Mignen. (*These de Paris*, n° 484.)

Sur la gangrène sénile et la constitution des vieillards, par J.-T. Whittaker. (*The Clinic.*, août 1873.)

Contribution à la gangrène spontanée, par le Dr Tirifahy, prof. à l'Université libre de Bruxelles. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1873, p. 897.)

De la parotidite consécutive aux maladies aiguës graves, par J. Crocq. (*Journal de méd.*, Bruxelles, janvier.)

Cas de température extrêmement basse, par L. Köhler. — Kiel.

Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique, par A. Gassot. (*Thèse de Paris.* Paris, H. Rey.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Des maladies des femmes, par F.-K. Bailey. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, décembre 1873.)

Séance annuelle de la société obstétricale de Dublin. Discours d'ouverture et considérations sur divers points de la pathologie utérine, par le président Evory Kennedy. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, décembre 1873.)

Contribution à la chirurgie gynécologique (description d'un pessaire et d'un appareil à douches utérines), par A. Ronduring. (*Deutsche Klinik*, p. 6.)

Observation d'imperforation de l'hymen, par le Dr A. Vidal. (*Union méd.*, p. 337.)

Des tumeurs et excroissances de l'urèthre chez la femme, par le Dr Rizzoli. Revue par le Dr Nepveu. (*Gaz. méd.*, p. 7.)

Un cas de rupture vaginale avec issue de l'intestin, par Fehling. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1, Berlin, 1873.)

Traitement du vaginisme, par le Dr J. Ewart. (*The Indian Annals of med. sc.*, juillet 1873, n° 31, p. 141.) — Excision des parties hyperesthésiées.

Concrétion pierreuse du vagin renfermant à son centre une épingle à cheveux, par F.-H. Getchell. (*Pathol. soc. of Philad.; Philad. med. Times*, juillet 1873, p. 635.)

Atrésie du vagin avec rétention des règles, par le Dr Greenhalgh. — Reports of medical and surgical practice in the hospitals of Great Britain *St-Bartholomew's hospital*). (*British medical Journal*, 28 février.)

Hypertrophie du clitoris; ablation. — *Obstetrical Society of London.* — Dr Aveling. (*The Lancet*, 31 janv., t. I, p. 165.)

Notes cliniques sur les maladies nerveuses des femmes (rapport entre le vaginisme et l'intoxication saturnine. Traitement de la dysménorrhée, par les courants continus), par le Dr W.-B. Neftel. (*Arch. of sc. and pract. med.*, n° 3, p. 267 et n° 4, p. 365.)

Flux hémorrhoïdal, commençant trois jours après les règles, disparaissant six jours avant, depuis plusieurs mois. Observation, par M.-J. Guyot, médecin des hôpitaux. (*Union méd.*, p. 22.)

Du début et de la cessation de la menstruation, par J.-C.-G. Evers. (*Nederl. Tijdschr.*, août.)

Hématocèle pelvienne ; du diagnostic de cette affection avec la pelvi-péritonite et le phlegmon du tissu cellulaire, opportunité des ponctions, éviter d'attendre l'ouverture spontanée de ces tumeurs, qui peut se faire dans le péritoine, par Alfred Meadows. (*Brit. med. journ.*, 15 nov. 1873, p. 587.)

Cas d'hématocèle pelvienne, par Ch. Egan. (*Med. Tim. et Gaz.*, 17 janv., p. 66.)

Hydrométrie latérale, conséquence de l'oblitération congénitale d'un vagin rudimentaire dans un cas d'utérus double, par Breisky. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1, 1873, Berlin.)

Traitement du catarrhe utérin, par G. Ewart. (*The Indian Annals of med. sc.*, juillet, t. XXXI, p. 149.)

Sur l'inflammation spécifique de l'utérus, par Evory Kennedy. (*The med. Press and Circular*, 17 déc. 1873, p. 538.)

De la métrite chronique, par F.-H. Getchell (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Tuberculisation des trompes et de la muqueuse utérine, au voisinage du col, par le Dr H. Liouville, (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année 1873, p. 523.)

Fibrome sous-muqueux volumineux de l'utérus enlevé par énucléation et torsion, par John Scott. (*The Lancet*, 20 déc. 1873, t. II, p. 875.)

Polype de l'utérus à implantations multiples, par M. Martin, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat., de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janvier.)

Observation de polype utérin. Résumé de quelques leçons cliniques du prof. Fleury, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. (*Union méd.*, p. 13.)

Polype du col de l'utérus, avec examen microscopique, par J.-R. Hardie. (*Edinburgh medical Journal*, novembre 1873, p. 402.)

Corps fibreux coexistant avec un cancer de l'utérus, par M. Hubert. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 689.)

Tumeur fibreuse utérine faisant saillie dans le vagin. Symptômes de compression du rectum due à un kyste dermo-pileux dans le cul-de-sac recto-utérin, par M. Cartaz. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 652.)

Observation de polype utérin, recueillie par M. Monglond, interne. Leçon de M. le prof. Fleury, de Clermont-Ferrand. (*Union méd.*, p. 13, 40.)

Faits remarquables de la pratique civile. Myomes de l'utérus, par le Dr G. Dorsch, d'Erlangen. (*Deutsche Klinik*, p. 36.)

Myomes utérins, grossesse concomitante, par M. Veyssière. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 692.)

Du traitement chirurgical du myome utérin, par Müller. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1, Berlin, 1873.)

Du sarcome de l'utérus, par Kunert. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1, Berlin, 1873.)

Cas de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de l'utérus, avec quelques remarques sur la nature des végétations en chou-fleur de l'orifice

utérin, par Snow Beck. — *Royal medical and chirurgical Society*. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, t. II, p. 810.)

Étiologie des flexions de la matrice, par Joseph Ludwig. (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 2.)

Gangrène et chute complète de la muqueuse vésicale consécutive à une rétroflexion prolongée d'un utérus gravide, par Moldenhaner. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1, Berlin, 1873.)

Congestion des organes génitaux; hypertrophie et antéversion de l'utérus, par E.-N. Chapman. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, juillet.)

Des pessaires. Communication de Kœberlé à la Société de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 1, 1er janvier.)

Sur l'usage des tiges intra-utérines dans les maladies de l'utérus, par Routh. — *Obstetrical Society of London*. (*The Lancet*, 27 déc. 1873, t. II, p. 905.)

Sur la nécessité d'user de précautions dans l'emploi des redresseurs intra-utérins. — *Obstetrical Society of London*. — Dr Edis. (*The Lancet*, 31 janv., t. I, p. 165.)

Des injections hypodermiques d'ergotine dans les affections utérines, par le Dr Bengelsdorf. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1874, n° 2.)

Énorme tumeur de l'ovaire, par Lewis et Paddock. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre 1873.)

Tumeur de l'ovaire avec cancer secondaire, Dr Thornton. — *Pathological Society of London*. — (*The Lancet*, 28 févr., t. I, p. 300.)

Un cas de rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire (sans péritonite), par A. Menzel (de Trieste). (*Wiener med. Wochenschrift*, 1873, p. 845.)

Tumeur de l'ovaire enlevée par énucléation; drainage à travers le cul-de-sac de Douglas, etc.; guérison, par G.-A. Murtick. (*The American Journ. of the med. sc.*, janv., p. 119.)

Ovariotomie vaginale, Dr Gilmore, N.-O. (*Med. and surg. Journ.*, nov. 1873. Reproduit dans (*The American Journ. of the med. sc.*, 1874, janv., p. 284.) Un kyste du volume d'une orange fut extrait par une incision pratiquée sur le cul-de-sac postérieur du vagin, chez une femme de 48 ans. La malade guérit.

Avortement à la suite d'une ovariotomie, par V. Ingersler. (*Hospitals-Tidende*, t. XVI, p. 4.)

Kyste de l'ovaire guéri par les injections iodées, par A. Petersen. (*Hospitals-Tidende*, t. XVI, p. 35.)

Cas d'hydropisie de l'ovaire opérée pendant une attaque de péritonite aiguë, par R. Tracy, communiqué à la Société royale de Londres, le 8 octobre 1872, par Spencer Wells. (*Medico chirurg. Transactions*, 1873, t. XXXVIII, p. 21.) Guérison complète le 27 janvier.

Remarques sur un cas d'obstruction intestinale consécutive à l'ovariotomie, par Thomas Keith. (*British medical Journal*, n° 677, 1873.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire; ovariotomie; mort. — *Birmingham and Midland hospital for Women*. — Dr Lawson Tait. (*The Lancet*, 21 février.)

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Dr Thornton. — *Pathological Society of London.* (*The Lancet*, 28 févr., t. I, p. 300.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire; ovariotomie; convalescence.—*St-Thomas's Hospital.* Dr Wagstaffe. (*Med. Times and Gaz.*, 3 janv., t. I, p. 7.)

Quatre cas d'ovariotomie, pratiquée avec succès, par C. Schmidt, de Lahr. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. III, nos 3 et 4, 10 novembre.)

Cas d'ovariotomie, par L.-W. Atlee. (*Philad. med. Times*, juillet, septembre 1873.)

Ovariotomie; deux ponctions anciennes; adhérences étendues; opération; mort le jour suivant, par Edward Malins. (*The Lancet*, 14 févr., t. I, p. 230.)

Hystéro-ovariotomie; leçon de M. le prof. Richet, recueillie par A. Rémy, interne des hôpitaux. (*Progrès méd.*, p. 1. 14.)

Relation d'une opération d'ovariotomie, par le Dr G. Julliard, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève (in-8o, 20 p., 1874. Paris, A. Delahaye.) Femme de 48 ans, kyste multiloculaire à parois entièrement friables. Le 5e jour écartement des lèvres de la plaie, au fond de laquelle deux anses intestinales se trouvent à nu. Le 23e jour, œdème des membres inférieurs persistant plusieurs mois. Guérison.

Remarques sur l'extirpation de l'utérus avec tumeurs fibreuses par la gastrotomie, par M. Liebmann. (*Pester med. chir. Presse*, t. IX, p. 45.)

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements, par V. Saboia, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. Paris, Asselin.)

Guide pratique de la jeune mère ou l'éducation du nouveau-né, par le Dr Brochard. (1 vol., A. Delahaye.)

Rapport sur l'allaitement artificiel dans les hôpitaux et hospices, fait à la Société médicale des hôpitaux, par M. J. Parrot. (*Un. méd.*, p. 296.)

De l'allaitement maternel étudié au point de vue de la mère, de l'enfant et de la société, par le Dr Brochard, ouvrage couronné, 2e édition revue et augmentée, 1 vol. in-12. (Paris, A. Delahaye.)

Compte rendu sanitaire de la Maternité et de la Crèche de Bologne (1869-70), par E.-F. Fabbri. (*Bulletino delle Scienze mediche di Bologna*, janvier.)

Description d'un nouveau forceps, par A. Mac Bride, avec quatre figures. (*The american Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 109.)

Céphalotribe fenêtré; cinq opérations pratiquées avec cet instrument, par M. Bailly. (*Gaz. des hôp.*, p. 67.)

Sur les principales modifications du céphalotribe et en particulier sur l'état fenêtré de ses cuillers, par le Dr A. Mattei. (*Gaz. des hôp.*, p. 156.)

Contributions à l'obstétrique opératoire, par le Dr Cohnstein, de Berlin. (*Deutsche Klinik*, p. 57.)

Preuve anatomique de la persistance du canal du col utérin pendant la grossesse, par P. Müller. (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft in Würzburg*, vol. V, p. 179.)

Diagnostic de la position de la tête fœtale à travers la paroi abdominale au moyen du signe de Fasbender, par le Dr Ebell. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, no 45.) — Ce signe consiste dans la crépitation parcheminée des os.

Cas d'expulsion de la totalité de la poche des eaux, par A.-G. Blodgett. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 142.)

Sur la rupture prématurée de la poche des eaux, par le Dr Th. Hugenberger. (*Saint-Petersburger medicinische Zeitschrift*, 1872, p. 343.)

Avortement à la suite d'une chute. — Hémorrhagies abondantes. — Accès intermittents fébriles. Phlegmatia alba dolens. — Pleurésie. — Caillot considérable dans la veine iliaque primitive gauche. — Infarctus pulmonaire, par M. Davat, externe des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 48e année, 1873.)

Avortement dans un cas de grossesse gémellaire, par H.-E. Woodbury. (*Philad. med. Times*, juillet 1873.)

Influence du sulfate de quinine et de la malaria sur l'excitation à l'avortement, par M. Marsh. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 159.)

Méthode de Kivish pour provoquer l'accouchement prématuré, par Dina Viani. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna*, novembre et décembre 1873.)

Accouchement de deux jumeaux ; décapitation d'un fœtus, par G.-B. Molinari. (*Il Raccoglit. med.*, 20, p. 44, 1873.)

Cas de grossesse multiple avec un placenta unique, par R. Johnston. (*Phil. med. and surg. Reporter*, septembre 1873, p. 218.)

Relation d'un cas de grossesse compliquée, pendant les quatre derniers mois, d'une névralgie utérine, s'accompagnant de contractions irrégulières et provoquant des troubles nerveux tétaniformes et l'abolition des facultés sensoriales et intellectuelles. Emploi méthodique et régulier des injections hypodermiques de morphine ; accouchement à terme sans accidents, par le Dr Bouyer. (*Gaz. des hôp.*, no 3.)

Goître héréditaire congénital dans un cas de présentation de la face, par le Dr Löhlein, Société gynécologique de Berlin, 1re séance, 6 janvier 1874. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 7.)

De la traction sur le cordon pour détacher le placenta, par le Dr H.-M. Cohen. (*Allg. med. Central-Zeitung*, 1873, p. 1138.)

Placenta offrant sur la face fœtale des kystes multiples, par M. Pinard. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 688.)

Clinique obstétricale : un cas de *placenta prævia* avec existence d'un fibroïde ayant les dimensions d'une tête d'enfant, dans la partie inférieure de l'utérus, par le Dr Habit, de Vienne. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 1873, p. 579.)

Cas de dystocie accompagné d'éclampsie apoplectique et d'anasarque, traité par l'accouchement prématuré artificiel, par V. Babacci. (*Il Raccoglitore med.* septembre 1873.)

Nævus comme cause de dystocie, par B.-S. Rice. (*The Clinic*, juillet 1873, p. 40.)

Hydroméningocèle cérébro-spinale comme obstacle à l'accouchement, par V. Babacci. (*Il Raccoglitore med.*, septembre 1873.)

Accouchement prématuré spontané avec issue favorable dans un cas de cancer utérin, par le Dr Fankhauser, de Berthoud, Clinique obstétricale de Berne. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Ærzte*, no 1.)

Cas de grossesse extra-utérine, par Mac Cullum. — Obstetrical Society of London. (*The Lancet*, 27 déc. 1873, II, p. 905.)

Grossesse tubaire, par le Dr Sidney Turner.—Obstetrical Society of London. (*The Lancet*, 28 février, I, p. 301.)

Grossesse extra-utérine; gastrotomie; hémorrhagie mortelle, par le Dr Depaul. (*Soc. de chir.*, 17 déc. 1873.)

De la gastrotomie dans les grossesses extra-utérines, d'après le Dr Keller. (*Revue clinique hebdomadaire.— Gaz. des hôp.*, p. 193.)

De la grossesse tubo-ovarique, par Henning. (*Archiv für Gynækologie*, t. VI, fasc. 1er, Berlin 1873.)

Grossesse extra-utérine; sortie d'un fœtus de dix semaines par le rectum; guérison, par H.-E. Woodbury. (*Philad. med. Times*, novembre 1873.)

Opération césarienne quelques minutes après la mort de la mère, par A. Rota. (*Gaz. Lomb.*, 1873, no 42.)

Opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant, par Stiegele. *Wurtemb. Corr.-Bl.*, XLIII, 31.)

Note sur l'opération césariennne après la mort, par Laforgue. (*Rev. méd. de Toulouse*, février.)

Sept nouveaux cas de rupture de l'utérus, par J. Münk. — Stuttgardt.

Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement chez une femme présentant un bassin rétréci à 9c, par M. H. Petit, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. IX, 49e année, janvier).

Eclampsie puerpérale non accompagnée d'albuminurie. Emissions sanguines et chloroformisation, par le Dr Vanverts. (*Bull. méd. du Nord*, nos 11 et 12, 1873.)

Observations d'éclampsie guérie par les émissions sanguines et le chloral, par le Dr Baudon. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, t. LXXXV, p. 506.)

Eclampsie; insuccès de la saignée; emploi de l'hydrate de chloral; guérison, par P.-J. Rœbuck. (*The American Journ. of the med. science*, janvier.)

Quatre cas d'éclampsie puerpérale, par le Dr A. Baader. (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerztt*, 1873, nos 20, 21, 23 et 24.)

De l'éclampsie puerpérale; leçons de M. Peter, recueillies par E. Labbée. (*Mouv. méd.*, 1873, p. 58.)

Observation d'éclampsie guérie par l'hydrate de chloral associé à l'injection hypodermique de morphine; lettre de M. le Dr Coudereau. (*Bull. de thérap.*, 15 février.)

Sur la prophylaxie des hémorrhagies consécutives à l'accouchement, par A.-H. M'Clintock. Discussion à la Société obstétricale de Dublin. (*The Dublin Journ. of med. science*, janvier.)

Sur le traitement de la métrorrhagie des nouvelles accouchées avec la description de nouveaux procédés, par M. Messing. — Wurzbourg.

Des moyens de prévenir les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, par Charles-J. Egan. (*Med. Times and Gaz.*, 28 février, I, p. 231.)

Cas d'hémorrhagie puerpérale, traitée par les injections sous-cutanées d'ergotine, par Rovescala. (*Giorn. d'ostetr. e ginecol.*, 2 et 3.)

De la thrombose puerpérale, par le Dr Playfair. Obstetrical Society of London. (*The Lancet*, 28 février, I, p. 301.)

De la mort subite puerpérale considérée en général, mais particulièrement dans ses rapports avec les maladies organiques du cœur, par le Dr H. Barella. (*Collection des mémoires présentés à l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1873, p. 1.)

Sur la mort subite par entrée de l'air dans les veines utérines, par Geo. Cordwent. (*Saint-George's hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p.79. London, J. and A. Churchill, 1873.)

Cas de tétanos puerpéral, par T. Curtis Smith. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre 1873, p. 202.)

Erysipèle et péritonite puerpérale, par J.-B. Crawford. (*The American Journ. of med. science*, octobre 1873.)

Sur l'emploi du chloroforme, de l'opium et de la morphine dans l'accouchement, par H.-L. Byrd. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juillet 1873, p. 27.)

Sur l'emploi de la quinine et du seigle ergoté en obstétrique, par A. Guelmi. (*Giorn. d'ostetr. e ginecol.*, 1873, 2.)

Réduction d'une luxation de l'épaule survenue pendant les convulsions puerpérales, par S.-D. Gross. (*Philad. med. Times*, novembre 1873.)

De la chorée des femmes enceintes, par Fehling. (*Archiv f. Gynækologie*, t. VI, fasc. 1er, Berlin 1873.)

De l'emploi du courant induit dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, par Ed. Lauth. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 19, 1er décembre 1873.)

Un cas de bec-de-lièvre cicatrisé pendant la vie intra-utérine, par le Dr Leo. (*Sitzber. der niederrh. Ges. in Bonn*, 1873, p. 190.)

Sur la décapitation pour les présentations d'épaule négligée; usage du crochet de Braun, par Huber. (*Bayer. ærztt. Int. Bl.*, 1873, p. 21.)

Dystocie par éclampsie et anasarque, par V. Babacci. (*Raccogl. med. Forli*, 20 sept. 1873.)

Mouvement de levier produit par la main pour l'extraction de la tête après la version, par le Dr H.-M. Cohen, de Hambourg. (*Allg. med. Central-Zeitg.* n° 86.)

Application du forceps à l'extrémité pelvienne), communication à la Soc. méd. de Bologne, séance du 31 juillet 1873, par le prof. F. Fabbri. (*Bulletino delle Sc. med.*, sept. 1873, p. 200.)

Tenailles incisives pour détruire la base du crâne de dedans en dehors, dans les cas d'engagement forcé de la tête dans la présentation du sommet, présentées à l'Acad. des sc. de l'institut de Bologne, séance du 17 avril, par le prof. J.-B. Fabbri. (*Bull. delle sc. med.*, juin 1873, p. 444.)

Cas de céphalotripsie, par R.-J. Carey. (*The Lancet*, 27 sept. 1873, t. II, p. 450.)

Sur la parturition post-mortem avec 44 observations à l'appui, par le Dr J.-H. Aveling. (*Trans. of the obstet. soc. of. London*, vol, XIV, p. 240-258.)

Enfoncement du frontal gauche, chez un enfant de 1 mois, dû très-probablement à la pression de l'angle sacro-vertébral, dans un rétrécissement du

bassin sacro-pubien, par M. E. Barié. (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, 5e sér. t. VIII, 48e année, p. 426.)

Impression digitale produite par l'accoucheur sur le crâne d'un fœtus pendant la naissance, histoire et résultat, par J. Matthews Duncan. (*Brit. med. assoc.*, 7 août; (*Brit. med. Journ.*, 30 août 1873, n° 661.)

Opération césarienne, par P. A. Minas, (*Indian med. Gaz. Calcutta*, 1er sept. 1873.)

Histoire d'une opération césarienne ou gastro-hystérotomie pratiquée suivant un nouveau procédé après avoir fait un diagnostic certain de la position du fœtus. Guérison de la mère, vie sauve pour l'enfant, par le Dr O. Ungarelli, communication à la Soc. méd.-chir. de Bologne, séance du 30 sept. (*Bull. delle sc. méd.*, sept., p. 203, *Il Raccoglit.*, octobre 1873.)

Opération césarienne pratiquée en 1866, grossesse subséquente, accouchement par les voies naturelles, guérison, par le Dr William Newmann. (*Trans. of the obstet. soc. of London*, vol. XIV, p. 142-148.)

Fait de rupture de l'utérus avec expulsion très-tardive du fœtus, par Diessl, soc. obstétric. de Berlin, séance du 8 avril. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 44.)

Extirpation d'un cancer du col de l'utérus chez une femme enceinte de deux mois, accouchement à terme d'un enfant vivant, par Walton Todd. (*Pacific med. and surg. Journ.*, déc. 1872, et *Med. press. and circul.*, 10 sept 1873.)

Tumeur de l'utérus comme obstacle à l'accouchement; mort sans délivrance, par Neuschler, (*Wurtemb. Corr-Bl.*, 15.)

Fibro-myome de l'utérus placé dans la cloison vésico-vaginale; obstacles et diverses particularités qui se sont présentées pendant l'accouchement; détachement spontané et énucléation artificielle de la tumeur, par le Dr L. Porro. (*Bulletino delle sc. med.* de Bologne, mars 1873, p. 161.)

Observation de tumeur fibreuse utérine compliquant la grossesse, par le Dr Henry Madge. (*Trans. of the obstet. soc. of London*, vol. XIV, p. 227-230.)

Tumeur utérine compliquant la grossesse, par le Dr Ducas Worship. (*Idem*, p. 305-308.)

De la rétroflexion utérine considérée comme une cause fréquente d'avortement, par le Dr J. Phillips. (*Idem*, p, 45-59.)

Remarques sur le traitement de quelques formes de grossesse extra-utérine, suivies d'une observation, par le Dr A. Meadows. (*Idem*, p. 309-322.)

Grossesse extra-utérine, opération, par P. V. Heiberg. (*Hospitals-Tidende*, t. XV.)

Môle hydatique considérable; son expulsion à la suite de l'emploi de l'éponge préparée, guérison, par le Dr F. Tuefferd, de Montbéliard. (*Un. méd.*, n° 97, p, 275, 1873.)

Môle hydatique, par M. Andral, interne des hôpitaux. (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 48e année, p. 386.)

De l'ictère grave et de l'atrophie jaune aiguë du foie chez les femmes enceintes et les accouchées, par A. Dupré. — Strasbourg.

Trois cas d'éclampsie puerpérale traités avec succès par la méthode antiphlogistique, par le Dr P. Donati. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, 25 janvier.)

Sur les convulsions puerpérales, par Edward Topeman. (*Brit. and foreign medico-chirurgical Review*, oct. 1873, p. 464.)

Cas très-important d'éclampsie puerpérale), par le Dr C. Belluzi. (*Bulletino delle Sc. med.*, de Bologne, oct. 1872, p. 313.)

De la saignée dans l'éclampsie puerpérale, par R.-A. Cleemann. (*Philad. med. Times*, avril 1873.)

Sur l'éclampsie puerpérale, par Tate. (*The Clinic.*, mai et juin 1873.)

Eclampsie avant le 6e mois de la grossesse, traité avec succès pour la mère par le bromure de potassium en injections sous-cutanées, avortement, par le Dr Cordès. (*Gaz. obstét. de Paris*, 5 nov. 1873.)

Deux faits d'hémorrhagie interne grave pendant le travail et après l'accouchement, par Bailly. (*Gaz. des hôp.*, 1873, p. 764.)

Injections de perchlorure de fer dans les hémorrhagies puerpérales, par le Dr A. B. Steele (*The obstet. Journ.*, n° III, p. 168-173, juin 1873.)

Transfusion après l'accouchement, par Solger. (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 2, Berlin.)

De la transfusion du sang après les hémorrhagies puerpérales, par le Dr Hill Ringland. (*Proceedings of the Dublin obstet Society*, 1872, p. 16-38.)

Des inflammations puerpérales de l'utérus et des parties voisines, par A. Andersson. (*Nordiskt med. Arkiv.*, t. V, 3e part., n° 17.) Bonne description clinique de ces états morbides.

Traitement de la fièvre puerpérale, par le prof. Breisky, de Berne. (*Corresp. Blat. für schweizer Aerzte*, n° 20, 15 octobre 1873.)

Des éliminations critiques dans les affections puerpérales, par Ch. A. Blain. (*Thèse Paris*, 1873, A. Delahaye.)

Hydramnios, accouchement prématuré, délivrance retardée, phlegmasie intra-pelvienne, par le Dr Bley. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 16, 1873.)

Phlegmatia alba dolens des membres supérieurs (suites de couches), du tronc du cou et de la face ; œdème de la glotte ; observ. par Bec. (*Gaz. des hôp.*, 1068, 1873.)

Phlegmon du petit bassin et de la fesse du côté gauche (suites de couches), etc., observ. par Seuvre. (*Idem*, 945.)

Un cas de mort subite, survenue au 70e jour après l'accouchement, et produite par une embolie de l'artère pulmonaire, par le Dr John Ringland. (*Proceedings of the Dublin obst. Society*, 1872, p. 91-99.)

Des écoulements continus après la délivrance), par le Dr A. Wiltshire. (*The obstetrical Journal*, n° II, p, 106-115, mai.)

Paralysie de la vessie persistant deux années après l'accouchement, électrisation, guérison. Observation recueillie à Guy's Hospital, par Dr J.-J. Phillips. (*Idem*, n° 1, p. 31-39.)

Hydropisie de la trompe, par Lehnerdt. (*Beitræge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 2, Berlin.)

Sur l'extraction du placenta incarcéré, note clinique du Dr H. F. Fabbri. (*Rivista clinica*, nº 4, p. 111, 1873.)

De l'action de l'ergot de seigle sur l'homme et les animaux ; de son emploi dans l'accouchement, par le Dr Kersch, de Prague. (*Memorabilien*, 5e fasc., Heilbronn, 1873.)

De l'efficacité des injections d'ergotine contre les varices des femmes enceintes, Soc. obstét. de Berlin, séance du 8 avril. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 44, 1873.)

MALADIES DES ENFANTS.

Hygiène des enfants, par Charles A. Cameron. (*The Dublin Journal of med sc.*, novembre 1873.)

Rapport de la commission d'hygiène de l'enfance, par Devilliers. (*Bull. Acad. méd.*, p. 91.)

Recherches statistiques sur la viabilité et la mortalité des enfants à Wurzbourg pendant une période de dix ans, par Fr. Ringleb. (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft in Würzburg*, vol. V, p. 81.)

Traitement des maladies liées à la dentition, par E.-D. Drake. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre 1873.)

Leçons cliniques sur la paralysie infantile et les difformités qui en résultent, par Richard Barwell. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 799.)

Attaque d'asystolie chez une petite fille de six ans; administration de la digitale; guérison au bout de huit jours (service de M. le Dr Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie), par le Dr H.-A. d'Espine, interne du service. (*Gaz. hebd.*, nº 6.)

De l'adénopathie bronchique chez les enfants, par le Dr A. Lepsky. (*Viertelj. f. d. prakt. Heilk.*, t. CXVIII, p. 97.)

De la pneumonie chez les enfants, par Stephenson, *medico-chirurgical Society of Edinburgh*. (*Brit. med. Journ.*, 29 nov. 1873, p. 646.)

Hémorrhagie cérébrale chez un avorton de cinq mois et demi, par M. Troisier. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 48e année, 1873, p. 703.)

Méningite basilaire, guérison, par le Dr L. Fleischmann. (*Jahrb. f. Kinderh.*, t. VI, p. 404-411.)

Sur la néphrite scarlatineuse (sans albuminurie), par le prof. Henoch, Soc. méd. de Berlin, séance du 12 novembre 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 50, 15 décembre.)

Tumeurs sarcomateuses de la vessie, de l'utérus et du vagin chez un enfant de trois ans, Dr Howard Marsh, *Pathological Society of London*. (*The Lancet*, 14 fév., I, p. 234.)

Rétention d'urine suivie de mort, causée par une tumeur fibreuse chez un jeune enfant, par Henry Smith. (*The Lancet*, 27 déc. 1873, II, p. 902.)

Kyste du rein chez un enfant de six ans, formant tumeur du côté droit de l'abdomen; plusieurs ponctions, issue d'un liquide brunâtre, mort dans le marasme, par le Dr Godlee, *Pathological Society of London*. (*Brit. med. Journ.*, 3 janvier, p. 28.)

Du rachitisme congénital, par H. Urtel. (*Inaug. Dissert.* Halle.)

Kyste multiloculaire congénital du cou chez un enfant de quatorze mois. — *Medical Society of London*, Dr Jabez Hogg. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 812.)

Fractures du crâne chez les enfants (chute de 3e et 4e étage), 3 observations, par M. Dransart. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 633.)

De la périostite phlegmoneuse aiguë chez les enfants, par M. Bouchut. (*Gaz. des hôp.*, p. 154.)

Résection du genou pour arthrite chez un enfant, par H.-M. Estrazulas. (*Philad. med. Times*, juillet 1873.)

Sur des altérations des os, d'apparence strumeuse, observées chez un enfant tuberculeux d'un an, par M. Parrot. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 48e année, 1873, p. 580.)

Cas de mort subite chez un enfant opéré de la trachéotomie depuis trois mois; communication de M. Peter à la Soc. méd. des hôp. (*Un. méd.*, p. 137.)

Traitement consécutif des croups trachéotomisés (inhalations par la canule d'acide lactique de demi-heure en demi-heure, la nuit comme le jour), par le Dr Burow junior, Soc. de thérap. scientifique de Kœnigsberg, séance du 12 mai 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 7.)

DERMATOLOGIE ET SYPHILIS.

Etude des maladies vénériennes dans la Finlande, par O. Hjelt. — Berlin.

Leçon sur la syphilis tertiaire ou cachexie syphilitique, par S.-A. Lane, Saint-Mary's hospital. (*Brit. med. journ.*, 11 oct. 1873, p. 421.)

Chancre simple et chancre syphilitique, par J. Rollet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris 1874, G. Masson et P. Asselin.)

Leçons sur l'ostéite et la périostite syphilitique, par John Hamilton. — Londres, Churchill, 1874.)

Sur les propriétés du virus syphilitique, par Bœck et Axel Scheel. (*Schmidt's Jahrbuch.*, n° 4, 1873.)

Syphilis à marche tout à fait anormale ; observation recueillie par A. Renault, interne de M. Hillairet. (*Un. méd.*, 1873, p. 873.)

De la syphilis héréditaire à l'état latent, par le Dr J. Eisenschnitz. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 1083, 1873.)

Tumeur syphilitique du larynx; dyspnée; trachéotomie; mort, par H. Allen. (*Philad. med. Times*, juin 1873, p. 613.)

Syphilis des lèvres, par le professeur Bollinger; Soc. des sciences médic. de Zurich, séance du 15 mars 1873.(*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1873, n° 24.)

Des écoulements uréthraux syphilitiques, par Henry Lee. (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-1872., p. 1.)

Quand et comment administrer le mercure dans la syphilis, par Jonathan Hutchinson. (*The Lancet*, 17 janv., I, p. 86; *idem*, 31 janv., I, p. 157.)

Discussion sur l'efficacité du mercure dans la syphilis. (*Hunterian Society*, 8 janv. 1874. — *The Lancet*, 17 janv., I, p. 93.)

Traitement de la syphilis. Comparaison de l'expectative et des traitements par l'iode et le mercure, par le professeur Zeissl de Vienne. (*Wiener med. Woch.*, 1873, p. 1039.)

Des syphilides palmaires et plantaires étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire, par le Dr Madier-Champvermeil. —(Paris, A. Delahaye, in-8°).

De la syphilis placentaire, par Hennig. (*Arch. für Gynækologie*, t. VI, fasc. I. Berlin 1873.)

Pemphigus syphilitique des nouveau-nés, par Dawosky. (*Blætt. f. Heilwis.*, IV, 24.)

Note sur le diagnostic des éruptions arsenicales et des éruptions syphilitiques; lue à la Soc. méd. d'émulation, par le Dr R. Rathery. (*Un. méd.*, p. 326.)

Influence de la syphilis sur les organes circulatoires, par P. Huth. — Berlin.

Diagnostic de l'encéphalite syphilitique, par Lancereaux. (*Gaz. hebdom.* n° 32, 1873.)

Hémorrhagie et ramollissement lacunaire de la protubérance chez un syphilitique, par M. Guillaume. (*Prog. méd.*, 1873, p. 293 et 307.)

Nouveau système d'assainissement de la prostitution, par le Dr Diday. (*Annales de dermatologie*, 1873-74, n° 2, p. 81.)

Des écoulements d'origine prostatique, par Henry Lee. (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 17.)

De l'orchite blennorrhagique et de son traitement par la compression, par le Dr Tachard. (*Revue méd. de Toulouse*, nov. 1873).

De la blennorrhée des organes sexuels avec complications, par F. Daffner. — Vienne.

Traitement de la blennorrhagie par les bains tièdes locaux, par le Dr Fr. Böhm. (*Allg. med. Central.-Zeit.* 1873, n° 100.)

Emploi de la glace (introduction dans le rectum) contre la cystite blennorrhagique, par M. Horand. (*Lyon méd.* p. 214.)

Note sur le traitement des maladies de la peau; par le Dr E. Guibout. (*Un. méd.*, p. 223, 260.)

Notes cliniques sur certaines maladies de la peau et sur leur traitement, par Ed.-B. Gray. (*The Practitioner, nov.* 1873.)

Histoire d'une famille scrofuleuse, par James W. Allan. (*The Lancet,* 23 août 1873, p. 262.)

Notes statistiques sur la lèpre dans la partie septentrionale de l'Orissa, par Vincent Richards. (*The Indian Annals of medical science*, n° XXXI, p. 303, Calcutta, 1873.)

Pathologie de la lèpre, avec une note sur l'isolement des lépreux dans l'Inde, par H.-V. Carter, docteur en médecine, attaché à l'armée de Bombay. (*Medico Chirurgical Transactions,* vol. LVI, p. 267, 1873.)

Sur la lèpre tuberculeuse des Grecs, par T.-G. Morton. (*Philad. med. Times,* décembre 1873.)

Cas de lèpre tuberculeuse ayant commencé par un éléphantiasis de la jambe et se terminant par une éruption tuberculeuse disséminée, par George Gaskoin. (*Brit. med. Journ.*, 6 déc. 1873, p. 655.)

Observation de lèpre anesthésique, devenue plus tard tuberculeuse ; albuminurie, urémie, mort; par M. A. Renault, interne du Dr Hillairet. (*Un. méd.*, p. 154.)

Eléphantiasis traité par la teinture d'iode intrà et extrà, par Olavide (*El Siglo medico*, mars 1873.)

Injections sous-cutanées de bichlorure de mercure dans l'éléphantiasis des Grecs, par E. Dominguez (*El Siglo medico*, juillet 1873.)

Sur le bouton d'Alep ou mal d'Alep, par John Wortabet. (*Med. Times and Gaz.*, 24 janv. I. p. 93.)

Favus du cou, par le Dr Arnold Hiller, de Minden. (*Allg. med. Central.-Zeitg.*, 1873, p. 1161.)

Du favus, par S. Roser. (*Philad. med. and surg. Reporter*, octobre 1873).

Du molluscum fibreux, par C. Juler. (*The Clinic*, octobre 1873.)

Observation de molluscum (pendulous tumor) du front et de la tempe, par Gurdon Buck. (*The medical Record*, New-York, 1er nov. 1873, p. 533.)

Remarques sur l'ichthyose de langue terminée par un cancer avec trois observations, par H. Morris. (*British medical Journal*, 21 février.)

Herpès de l'amygdale, par Wittmeyer. (*Thüring. Corr. Bl.*, II, 3.)

De l'herpès produit par la névrite du nerf ophthalmique ou zona frontal, par le Dr Lagarde, de Verdun. (*Gaz. hôp.* n° 19.)

Leçon clinique sur le sycosis parasitaire, par le docteur Tilbury Fox, médecin du service des maladies de la peau à l'hôpital du Collége de l'Université. (*The Lancet,* 2 août 1873, p. 141.)

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Classification et diagnostic dans les maladies mentales, par le Dr Berthier, médecin résidant de l'hospice de Bicêtre. In-8°. Paris, A. Delahaye.

De la statistique des établissements d'aliénés, par le Dr Alb. Guttstadt, (*Vierteljahrs f. gerich. med. in Sanit*, n° 1.)

Influence du moral sur les maladies, par T. D. Crothers. (*Philad. med. and. surg. Reporter*, août 1873.)

Cavités anormales du cerveau chez les sains d'esprit et chez les aliénés, par le Dr Robert Boyd. (*Medico-chirugical Transactions*, vol. LVI, p. 325, 1873.)

Cas de démence partielle, par Furst, (*Bayer. aerzt. Int.-Bl.*, XX, p. 31, 1873.)

Quelques causes d'idiotie et d'imbécillité, par Langdon Down. (*British. med. Journal*, 11 octobre 1873.)

De l'alcoolisme comme cause de paralysie générale, par le Dr Lolliot. (*Gaz. hôp.* nos 103, 106, 1873.)

Du diagnostic de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice, par W. H. O. Sankey. (*British med. Journal*, 20 septembre 1873.)

Modes de production de l'épilepsie et d'autres affections convulsives aux différentes périodes de la vie, par Charlton Bastian. (*British med. Journal*, 30 août 1873.)

De l'épilepsie, par H. C. Wood. (*Philad. med. Times*, novembre 1873.)

Des névroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales, par le Dr Berthier, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye.

La manie aiguë primitive existe-t-elle à l'état d'entité morbide, par W.-H.-O. Sankey. *Brit. med. Association*. (*Brit. med. Journ.*, 11 oct. 1873, p. 433.)

Des hallucinations chez les aliénés; de leur valeur réelle comme moyen diagnostique, par J.-G. Davey. — *Brit. med. Association* (*Brit. med. Journ.*, 11 oct. 1873, p. 434.)

Observation de folie puerpérale, par M. Donadieu. Fin de l'observation; mort, autopsie. Ovarite suppurée, néphrite suppurée, phlébite de la veine crurale droite, par MM. Magnan et Bouchereau. (*Un. méd.*, p. 288.)

Hématome de l'oreille chez les aliénés, par C.-W.-S. Cobbold. (*Brit. med. Journ.*, 18 oct. 1873, p. 457.)

Paralysie générale des aliénés. Traitement par la fève de Calabar. — Guérison par le Dr Fothergill. — *Medical Society of London*. (*Brit. med. Journ.*, 10 janv. p. 60,)

De la morphine administrée dans certains cas de folie, par W.-J. Mickle. — *Brit. med. Association*. (*Brit. med. Journ.*, 11 oct. 1873, p. 433.)

Traitement du delirium tremens par la digitale à hautes doses, par F. Irving, de Lisle. (*Med. Times and Gaz.*, sept. 1873, p. 321.)

Communications faites par les médecins aliénistes de la Basse-Saxe et de la Westphalie, lors de la réunion de leur association, tenue à Hanovre en mai 1873 :

1° Des différentes formes de monomanie exaltée. Monomanie exaltée primitive : monomanie exaltée secondaire, par Snell.

Monomanie exaltée après la manie ;

Monomanie exaltée après la mélancolie;

Monomanie exaltée après l'épilepsie.

2° Deux observations de forme douteuse de trouble psychique, par WAHRENDORFF.

3° De la folie des vagabonds et des oisifs, par KÖSTER.

4° Du développement de la taille chez les idiots, par KIND.

5° De l'encombrement dans les asiles de Westphalie, par KÖSTER. (*Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. XXX, 3e partie.)

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Traumatismes de la région auriculaire au point de vue médico-légal, par le Dr C.-F. RÖHRER (de Buchs) (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 2.)

Peut-on considérer la maladie de F., gardeur de moutons, comme la suite immédiate de mauvais traitements. — Rapport de FRERICHS au nom de la "K. Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinal-Wesen". (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, n° 1.)

Une jeune incendiaire; rapport par le Dr GOEZE, de Hambourg. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, n° 1, p. 42.)

Existence réelle d'un trouble mental, malgré l'aveu de simulation (épilepsie larvée). Rapport médico-légal sur l'état mental d'un soldat accusé de désertion, par le Dr Ewald HECKER, méd. de la maison de santé de Görlitz. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med.*, n° 1, p. 15.)

Rupture du foie chez deux nouveau-nés, par le Dr PINKUS (Soc. de thérap. expérimentale de Kœnigsberg, séance du 17 février 1873). (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 48, 1er décembre.) Cette rupture était due à des manœuvres criminelles.

Empoisonnement par l'opium, par J. PARRISH (*Philad. med. and surg. Reporter*, XXIX, 20.)

Empoisonnement par l'opium; emploi de l'atropine, par H. S. SCHELL. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Empoisonnement par l'opium; emploi de l'oxygène; pneumonie double; mort, par W. H. FARRINGTON. (*Philad. med. Times*, août 1873.)

Empoisonnement par l'opium, par A. W. CARRIGAN. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 161.)

Empoisonnement par la teinture d'aconit; guérison, par J.-L. CLEVELAND. (*The Clinic.*, nov. 1873.)

Traitement de l'empoisonnement par le rhus toxicodendron, par l'huile de Carron (mélange à parties égales d'huile de lin et d'eau de chaux), par A. C. MATHESON. (*The American Journal of med. sc.*, janvier.)

Observation d'empoisonnement par le rhus toxicodendron, par Wm. H. de WITT. (*The American Journal of med. sc.*, janvier.)

Accidents déterminés par le Rhus toxicodendron (3 observations) par Samuel C. Busey. (*The American Journal of med. sc.*, octobre 1873.)

Empoisonnement par la jusquiame, par Edmund White. (*The Lancet*, 5 juillet 1873, p. 8.)

De l'empoisonnement par le phosphore et de son traitement par l'essence de térébenthine (du commerce), par le Dr J.-P.-E. Andant. (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, t. XL, p. 397.)

Intoxications par les vapeurs de charbon; observation recueillie par Meyer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er fév.)

Paralysie motrice et sensitive de la main et de l'avant-bras par contact local avec le biiodure de mercure, par A.-W. Foot. (*Dublin Journal of med. sc.*, sept. 1873.)

Empoisonnement par du sous-nitrate de bismuth contenant de l'arsenic, par H.-S. Fullerton. (*The American Journal of the med sc.*, janvier.)

Observation d'un cas d'empoisonnement par la nitrobenzine, par le Dr Th. Limasset. (*Un. méd.*, p. 209.)

Tentative d'empoisonnement-suicide par l'acide sulfurique; anémie; transfusion du sang; mort par inanition. Observation par M. Landouzy, interne des hôp.; réflexions par M. Brouardel. (*Un. méd.*, p. 99.)

De l'hydrate de chloral par rapport à la toxicologie. — Revue de toxicologie par le profess. A. Corradi. (*Rivista di med., chir. e terap.*, déc. 1873.)

Empoisonnement aigu par l'alcool, suivi de mort, par le Dr Knecht. (*Arch. der Heilkunde*, p. 82.)

THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÈNE.

Manuel de thérapeutique, par le Dr Théodore Husemann, professeur à Gœttingue, Berlin, 1873, 1er volume.

Pharmacopée de la clinique d'Erlangen, par H.-R. Ziemssen (Erlangen).

Du régime et de la pharmacologie des Chinois, notes de l'Exposition universelle de Vienne, par Carl Schmidt. (*Dorpater medicinische Zeitschr.*, 1873, p. 372.)

Du traitement de la bronchite capillaire, par G.-M. Noble. (*Philad. med. and surg. Reporter.*, nov 1873.)

Traitement de la pneumonie, par le Dr Adolf Hermann, de Pesth. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1873, p. 580.)

Traitement de certaines affections pulmonaires par l'immobilisation du thorax, par John M'Crea. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1873.)

De l'importance et des inconvénients des bandages compressifs de la poitrine dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par H. Dobell. (*Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1873, p. 599.)

Projet de stations régionales pour le traitement des tuberculeux peu fortunés, par le Dr Gunsberg. (Troppau, 1873.)

Recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'hygiène, les climats et la médecine dans ses rapports avec les doctrines modernes, par James Henry Bennet. (Paris, P. Asselin.)

Considérations sur les eaux sulfureuses, sur les indications et les contre-indications de leur emploi dans le traitement de la phthisie, par Couzier. (*Thèse inaug. Paris.*)

Sur le traitement des sueurs nocturnes, par A. Pribram. (*Böhm. Corr. Bl.*, II, 1853.)

Phthisie : insuccès du traitement classique; amélioration rapide et considérable par le chlorhydro-phosphate de chaux, par le Dr Cailletet. (*Un. méd.*, p. 30.)

Quelques particularités du traitement du pneumothorax, par Daniel Noble. (*Brit. Jmed. ourn.*, 11 octobre 1873, p. 425.)

Disparition des vomissements dans le cancer gastrique sous l'influence d'injections sous-cutanées de morphine, par le Dr H. Huchard. (*Un. méd.*, p. 248.)

Traitement de la dilatation stomacale par la pompe, par le profr Biermer. Congrès de la Soc. des méd. de Zurich, 20 octobre 1873. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzt.*, nº 2.)

Cancer de l'estomac guéri par le condurango, observ. du profr N. Friedreich, de Heidelberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 1.)

Quelques remarques sur l'origine dyspeptique et le traitement de certaines formes d'insomnies, par Dyce Duckworth. (*Brit. med. Journ.*, 27 déc. 1873, p. 747.)

Renvois aliacés déterminés par le bicarbonate de soude, par le Dr Pinkus (Société de thérapeutique expérimentale de Kœnigsberg, séance du 17 février 1873.) (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 48, 1er décembre.)

De l'action du suc du papaver sur la digestion des substances azotées, par G.-C. Roy. (*Glasgow med. Journ.*, janv.)

Sur le traitement des affections de l'estomac, par W.-O. Lenbe. (*Samml. klin. Vortræge*, nº 62.)

Sur la préparation de la pepsine, par R.-T. Edes. (*The Boston Journal*, 1er janvier.)

Coliques hépatiques à forme gastralgique. Point apophysaire dans les névralgies; leur traitement par des applications de vésicatoires, par le Dr H. Huchard. (*Un. méd.*, p. 237.)

Thérapeutique de la colique hépatique, par le Dr W. Richler, médecin des eaux à Carlsbad. (*Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1873, p. 581.)

Du traitement des hydatides du foie, par H.-J. Garrigues. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 8-9.)

Ponction dans l'ascite hépatique, par John M'Crea. (*Dublin Journal*, août 1873.)

Traitement de la dyssenterie au moyen de lavements glacés, par le Dr Bodo Wenzel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 48.)

De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée (des enfants), par W. Berry. (*The Practitioner*, nov. 1873.)

Du traitement de la maladie de Bright, par W.-H. Farrington. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Traitement médical de la gravelle et des calculs vésicaux, par J. Tyson. (*Philad. med. Times*, décembre 1873.)

Traitement de la diarrhée pendant les épidémies de choléra, par V. Graf. (*Bayer. ærztl. Int. Bl.*, XX, 36.)

Traitement du stade algide du choléra, par H. L. Byrd. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

L'opium et le cautère actuel dans le traitement du choléra, par Brown-Séquard. (*Boston med. and surg. Journal*, 1873.)

Traitement préservatif du collapsus dans le choléra, par William Pepper. (*Philad. med. Times*, juillet, août 1873.)

Acide sulfurique comme prophylactique du choléra, par R.-G. Curtin. (*Philad. med. Times*, juillet 1873.)

Sur l'emploi de l'arsenic dans le traitement de l'asthme, par Cernegys Paul. (*The Amer. Journ. of med. sc.*, janvier.)

Traitement de l'asthme par le chloral, par C.-T. Williams. (*The Lancet*, 25 octobre 1873.)

Emploi des préparations ferrugineuses dans l'asthme, par G. Pierantoni. (*Il Raccoglitore med.*, p. 130.)

Hémicranie; inefficacité des injections sous-cutanées morphinées, du sulfate et du valérianate de quinine, etc.; excellents effets de la saignée malaire effectuée à l'aide de la ventouse mécanique, par le Dr L. Hamon. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, t. LXXXV, p. 508.)

Cas de hoquet persistant. Traitement des névralgies par des applications topiques de chloroforme, par le Dr H. Huchard. (*Un. méd.*, p. 245.)

Des contractures musculaires localisées ou généralisées, modifiées avantageusement par l'emploi du suc de ciguë à des doses variables, suivant l'intensité des contractures et l'âge des malades, par le Dr John Harley.—Royal medical and chirurgical Society. (*Brit. med. Journal*, 27 déc. 1873, p. 757.)

Sur le traitement de l'angine de poitrine, par Huebner. (*Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, XIIe vol.) — Galvanisation du sympathique et du plexus cardiaque chez un malade dont les accès ont cessé complétement dès la première séance.

Du traitement de la paralysie faciale, par Williams Detmold. (*The Clinic*, juillet 1873.)

Injections sous-cutanées de chloroforme contre le tic douloureux, par Roberts Bartholow. (*The Clinic*, septembre 1873.)

Du traitement de la diphthérie, par le Dr Ed. Seligson. (*Deut. Klinik*, p. 433.)

Fleur de soufre contre la diphthérie et les enduits de la langue, par Tutschek. (*Bayer. ærztl. Int.-Bl.*, XX, 28.)

De la cautérisation dans l'angine diphthéritique, par le Dr Louis Gallez. *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1873, p. 530 et 587.)

Coup d'œil historique sur la méthode des injections sous-cutanées à effet local, par A. Luton, de Reims. (*Archives génér. de médecine*, nov. 1873, II, p. 533.)

Des injections hypodermiques, par le Dr Carl Pauli, de Cologne. (*Deutsche Klinik*, p. 52.)

De la méthode hypodermique, par P. Roncati. (*Gazz. Lomb.*, 35, 1873.)

Faits d'abus des injections hypodermiques de morphine, par le professeur Schutzemberger. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 19, 1er décembre 1873.)

Revue clinique d'hydrothérapie à l'Institut hydrothérapique de Longchamps, de Bordeaux. (*Bordeaux Médical*, n° 8, 9 février.)

Sur l'administration des bains en Espagne, par José Genoris y Tio. (*El Siglo med.*, août 1873.)

De l'hydrothérapie dans les affections aiguës et chroniques des voies respiratoires, par W. Winternitz. (*Pester med. chir. Presse*, IX, 31.)

Note sur l'absorption cutanée à propos des bains médicamenteux, par M. le profr Teissier. (*Lyon méd.*, 1873, p. 471.)

Influence des bains, température sur la production d'épidémies de variole, par J.-W. Moore. (*Brit. med. Journ.*, 20 et 27 décembre 1873.)

Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (méthode de Brand), par le Dr Élie Faivre. (*Lyon méd.*, p. 7.)

Compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde grave traitée concurremment par les bains froids et la quinine, par le Dr Wegelin. — Soc. méd. du canton de Saint-Gall, séance du 18 septembre 1873. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre 1873.)

Bains mousseux... à l'acide carbonique, par le Dr H.-E. Richter. (*Corresp.-Blatt des ærztl. und pharm. Kreisvereine im Königsreich Sachsen*, 1873, n° 3.)

De la cure de raisins; résultat des observations faites à Méran, par le Dr Raphael Hausmann, médecin des bains de Méran.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le profr Biermer. Soc. des sciences méd. de Zurich, séance du 15 novembre 1873. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 4.)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu, par W.-H. Farrington. (*Philad. med. Times*, octobre 1873, p. 7.)

De la triméthylamine et de son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le Dr G. Peltier. (*Progrès méd.* 1873, p. 133, 194, 219, 231, 260, 296; 1874, p. 4, 17.)

Mode d'action du protoxyde d'azote administré contre les maladies rhumatismales et goutteuses. Communication à la Société de médecine de Nancy, par Ritter. (*Revue médicale de l'Est*, janvier.)

Action physiologique du bromure de potassium, par H.-C. Wood junior. (*Philad. med. Times*, sept. 1873.)

Application thérapeutique du bromure de potassium, par le profr Binz, de Bonn. (*Deutsche Klinik*, 1873, p. 441.)

Sur l'emploi des bromures dans les affections convulsives, par R.-S. Goodwin. (*Philad. med. and surg. Reporter*, septembre 1873, p. 217.)

Traitement d'un cas d'éclampsie albuminurique par le bromure de potassium à doses massives, par le Dr GIMBERT, de Cannes. (*Gaz. méd. de Paris*, nos 1 et 3.)

Observation de goître exophthalmique traité avec succès par l'iodo-bromure de calcium, par C.-H. GUPTILL. (*The American Journal of med. sc.*, janvier.)

Recherches thérapeutiques sur l'eucalyptus globulus, par ŒFFINGER. (*Blatter f. Heilwiss.*, IV, 14 et 15.)

Sur l'action de la teinture d'eucalyptus dans les fièvres intermittentes, par FIECHTER. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin.*)— Résultat négatif.

Traitement de la fièvre intermittente, par W.-H. FARRINGTON. (*Philad. med. Times*, septembre 1873, p. 790.)

De la valeur de l'aspiration au point de vue du diagnostic et du traitement, par M. LIBERMANN. — Paris, Victor Rozier, 50 pages, 1873.

Remarques sur l'aspiration pneumatique et observations d'abcès du foie traités par cette méthode, par J.-F.-P. MAC CONNELL, bachelier en médecine, médecin résident à l'hôpital du Collége médical. (*The Indian Annals of medical science*, no XXXI, p. 1, Calcutta, 1873.)

Note sur les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les catarrhes bronchiques, par le Dr CUIGNET. (*Bull. méd. du Nord*, nos 11 et 12, 1873.)

Sur la solution d'iodoforme, par L. ELSBERG. (*Phil. med. Times*, octobre 1873, p. 101.)

Traitement du catarrhe chronique du nez, par J.-T. WHITTAKER. (*The Clinic*, juillet 1873, p. 13.)

Traitement du coryza chronique. par Oscar DIRUF, senior. (*Blatt. f. Heilwiss.*, IV, 17.)

Nouveau traitement destiné à prévenir l'hydrophobie après son inoculation, par PALUEL DE MARMON. (*The med. Record.*, New-York, p. 452, no 186, 1873.)

Traitement de la variole par la vaccination, par R.-C. FURLEY. (*The Lancet*, 12 juillet 1873, p. 40.)

De la durée de l'action prophylactique de la vaccination, par M. W. GAYTON. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre 1873, p. 541.)

Vaccination pratiquée avec succès et sans mauvaise conséquence à l'aide du vaccin pris sur un enfant varioleux, vacciné en même temps, par Fréd.-H. ALDERSON. (*Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1873, p. 658.)

Du valérianate de quinine dans la variole, par M. SENSINI. (*Il Raccoglit. med.*, 22, p. 110.)

Sur le traitement de l'érysipèle, par E. MONTEFOSCHI. (*Il Raccoglitore med.*, octobre 1873.)

Érysipèle spontané avec récidive, traité par l'essence de térébenthine, par Carlo NICOLUCCI. (*Il Raccoglit. med.*, octobre 1873.)

Sur l'origine des baumes de Tolu et du Pérou, par M. BAILLON (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XIX, mars.)

Sur le baume de Tolu, par P. CARLES. (*Journal de pharmacie et de ch.*, février.) — L'acide libre qu'il contient est l'acide cinnamique.

Les huiles essentielles comme antidote des poisons tétanisants, par le profr Binz. (*Sitzber. der niederrh. Gesells. in Bonn*, 1873, p. 24.)

L'huile de foie de morue par le profr Kirchner, de Kiel. (*Berlin. klin. Wochens.*, nos 1 et 2.)

Du phosphate de fer et de ses combinaisons, par Ch. Geisse Polk. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 73.)

Du nitrite d'amyle et de son emploi thérapeutique, par R. Pick, Berlin.

Remarques sur l'emploi de l'alcool et les derniers travaux publiés à ce sujet, par le Dr Anstie. (*The Practitioner*, nov. 1873.)

Usage et abus de la noix vomique et de ses alcaloïdes, par James Thompson. (*British med. Journ.*, 11 oct. 1873, p. 428.)

Note sur l'emploi de la ciguë en thérapeutique, par Henry Kennedy. (*The Dublin Journal of med. sc.*, janvier.)

Du phytolacca decandra; ses propriétés et son emploi, par C.-H. Tidd. (*The Clinic*, nov. 1873.)

De la caféine, par T. Curtis Smith. (*The Clinic*, novembre 1873.)

Recherches sur l'action du chlorammonium, par L. Dercken. (*Inaug. Dissert.-Marburg.*)

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la méningite, par le Dr H. Debauge. (*Lyon med.*, p. 22.)

Immense tumeur stercorale guérie par l'emploi simultané de la belladone et de la noix vomique, par M. Thomas Cole. (*Brit. med. Journ.*, 29 nov., 1873, p. 630.)

De l'influence salutaire des voyages en mer sur quelques formes de maladies, par Th. Peacock. (*Med. Times and Gaz.*, 20 décembre 1873.)

Topographie médicale de la Calle et étiologie de la fièvre intermittente, par E. Renard, méd. major de 2e cl. (*Recueil des Mém. de méd. mre*, t. XXIX, p. 545, 1873.)

De Carlsbad et de ses eaux minérales, dans leurs rapports avec les affections du foie, par Stephen H. Ward. (*The Lancet*, 5 et 19 juillet, 2 août 1873, p. 4, 76 et 145.)

Davos, station hivernale pour les affections pulmonaires, par le Dr Schimpff. (*Berlin. klin. Wochens.*, nos 3 et 5.)

Baden en Argovie, comme station hivernale, par le Dr Wagner. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, no 3.)

Stations médicales d'hiver, par le Dr Hermann Reimer, 2e édit., Berlin, 1873.)

Études de climatologie générale, avec détails sur les stations hivernales de Cadenabbia, Lugano, Spezia, par le Dr H.-J. Thomas, Erlangen, 1873.

Meinberg et l'efficacité de ses eaux pour les maladies des femmes, par le Dr Caspari. (*Deutsche Klinik*, 1873, p. 457.)

Hygiène des habitations, par Charles-A. Cameron. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1873.)

Les inondations au point de vue de l'hygiène publique, par M. Popper. (*Oesterreich. Zeitsch. f. prakt. Heilkunde*, 1873, no 45-52.)

Statistique comparée. — Mortalité en Angleterre pendant les périodes décennales 1851-60 et 1861-70. (*The Practitioner*, déc. 1873, p. 477.)

Hygiène des écoles, par R.-J. O'Sullivan. (*Philad. med. and surg. Reporter*, octobre 1873, p. 235.)

Hygiène des cimetières, par M. le Dr Fonteret. (*Lyon méd.*, p. 286.)

Rapport de la commission des maladies régnantes fait à la Soc. méd. des hôp., par M. E. Besnier, pour octobre, novembre et décembre 1873. (*Un. méd.*, p. 177, 212.)

Le nouvel hôpital de Saint-Gall (aménagement, chauffage, ventilation, etc.). (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre 1873.)

Des dangers de l'emploi de l'alcool méthylique dans l'industrie, par le Dr A. Dron, chirurgien en chef de l'Antiquaille. (*Lyon méd.*, p. 152.)

Influence des professions sur la santé et la mort, par Korn. (*Mon.-Bl. f. med. Statistik*, in-8°.)

Maladies professionnelles, par le Dr L. Hirt, de Breslau, 2e partie, 1873, Leipzig et Breslau.

Sur la mortalité des ouvriers qui travaillent le lin, par Charles-A. Cameron. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1873.)

Contribution à l'étude de l'alimentation, par J. Förster. (*Zeitschrift f. Biologie*, vol. IX, p. 381, Münich, 1873.)

De la panification des farines fournies par diverses graines. Note de M. Monclar. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 22 décembre 1873.)

Emploi de l'eau de mer dans la fabrication du pain, par A. Romandini. (*Il Raccoglitore med.*, p. 140.)

Effets différents de l'air marin et de l'air des montagnes, par le professeur Beneke, de Marbourg. 46e réunion des natural. et méd. allem. à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 52.)

Sur l'ophthalmie contagieuse et l'influence qu'exerce sur elle l'aménagement des ateliers et des écoles pauvres, par Robert Brudenell Carter. (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 871. *Idem*, 27 déc., p. 900.)

État actuel de la question des désinfectants, par le Dr Sonderegger. Communic. à la Soc. méd. du canton de Saint-Gall. Séance du 18 septembre 1873. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre 1873.)

De la désinfection, par Kuby. (*Bayer. ærztl. Int.-Bl.*, XX, 48.)

De la désinfection dans la fièvre jaune, par A.-W. Perry. (*The Clinic*, novembre 1873.)

Désinfection dans les épidémies, par Amerang Haller. (*Bayer. ærztl Intell.-Bl.*, XX, 40.)

Moyens d'arrêter les épidémies de variole, par A.-T. Stamm. (*Blätter f. Heilwiss.*, 19.)

De la contagion, des miasmes et des maladies contagieuses et miasmatiques, d'après les doctrines médicales, par Küchenmeister. — Comm. à la Soc. I. et R. des médecins de Vienne. (*Oesterr. Zeitsch. f. prakt. Heilkunde*, n°s 45 et 47, 7 nov. et 21 nov. 1873.)

« Les ordonnances faictes et publiées à son de trompe par les carrefours

de ceste ville de Paris, pour éviter le dangier de la peste, » 1531, précédé d'une étude sur les épidémies parisiennes, par le Dr A. Chéreau. Paris, 1873.

Communication sur l'apparition du choléra à Anvers, et sur la marche de la maladie, par le Dr Desguin. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique,* 1873, p. 775.)

Quelques cas remarquables d'épidémies, par W. Pearse. (*Med. Times and Gaz.*, 17 janvier, p. 64.)

Revue sur la propagation de la fièvre typhoïde par le lait, par Charles-A. Cameron. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1873.)

De la quarantaine dans le choléra; lecture faite au Congrès international, par le Dr Osen. (*Stricker's Jahrb.*, 1873, p. 441-476.)

Note sur les composés azotés dans les eaux potables, par Charles-A. Cameron. (*The Dublin Journal of med. sc.*, novembre 1873.)

De l'action des eaux douces sur le plomb métallique. Recherches par la méthode électrolytique. Note de MM. Mayençon et Bergeret. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 16 février.)

Analyse comparative de 47 échantillons d'eaux de puits de Bonn et de l'eau du Rhin, ainsi que de la source appelée *conduite de Duisdorf*, puisées à la même époque, par le profr Finkelnburg. (*Sitzungsber. der Niederrhein. Gesell. für Natur und Heilkunde*, Bonn, 1873, p. 6.)

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Leçons cliniques sur les complications noso comiales des plaies, par Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* 7 févr.)

Discussion sur l'infection purulente. — *Clin. Soc. of. London.* — Drs Jonathan Hutchinson; Charles Hawkins; James Paget; Barnes; Campbell de Morgan; Bryant; Timothy Holmes; John Croft. (*The Lancet* 31 janv., t. 1. p. 166.)

Observation d'infection purulente observée dans un dispensaire. — Dr W.-T. Edwards. (*The Lancet*, 28 fév., t. I, p. 299.)

Pyohémie dans les hôpitaux et dans la pratique privée par J. Holmes. (*Brit. med. Journ.*, 28 fév.)

De la septicémie spontanée, par J.-A. Estlander. (*Nordiskt med. Arkiv.*, t. V, nº 29), se ferait par l'intermédiaire des voies respiratoires.

Pus bleu, par H. Franklin Parsons. (*Brit. med. Journ.*, fév. 14.)

Observations de périostites phlegmoneuses diffuses, par le Dr Ruaux. (*Bord. méd.*, nº 50, 1873.)

Un cas d'ostéite déformante, par le prof. Benns Schmidt. (*Arch. der Heilkunde*, p. 81.)

Sur la nécrose des os, par W. Heinecke. (*Sammelung klinischer Vortræge von R. Volkmann*, 1873, n° 63.)

(Nécrose du maxillaire inférieur). *Pathol. Soc. of London.* — M. Waren Tay. (*The Lancet*, 13 déc. 1873, t. II, p. 842.)

Du rôle des organismes parasitaires dans la production de la nécrose, par K. Ledeganck. (*Presse méd. belge*, 22 fév.)

Abcès du tibia, par Morrant Baker. — *Pathol. Soc. of London.* (*The Lancet*, 17 janv., t. I, p. 93.)

Cancer médullaire de la clavicule avec dissémination consécutive, par Barton. (*Proceedings of the pathol. Soc. Dublin*, nov. 1873, *Dublin Journ. of med. sc.*, janv.)

Sarcome de l'omoplate ; ablation ; mort, par Henry Smith. — *King's College Hospital.* (*The Lancet*, 24 janv., t. I, p. 129.)

Sarcome récidivé de la cuisse, par Butlin. — *Pathol. Soc. of London.* (*The Lancet*, 17 janv., t. I, p. 93.)

Tumeur épithéliale du maxillaire inférieur, pulsatile et donnant un bruit de souffle intermittent. — Ligature de la carotide externe qui arrête les pulsations et le bruit du souffle — plus tard ablation de la moitié correspondante du maxillaire, guérison; par M. Terrillon, pros. des hôpit. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 585.)

Tumeur myéloïde de l'extrémité inférieure du fémur ; amputation ; pansement antiseptique; guérison avec absence presque totale de suppuration. Berkeley Hill. — *University college Hospital.* (*Med. Times and Gaz.* 20 déc. 1873. t. II, p. 690.)

Sur un cas d'ostéomalacie, par S.-W. Moore. (*Saint-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 57.)

Ostéome sous-cutané du doigt, par M. Hubert. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 701.)

Contribution à l'histoire des kystes osseux, par le Dr Mourlon. (*Soc. de chir.*, 3 déc. 1873.)

Kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure, par Letenneur, de Nantes. (*Soc. de chir.*, 24 déc. 1873.)

Kyste périostique du maxillaire supérieur. Obs. recueillie par M. Weiss, externe du service de M. Verneuil. (*Prog. méd.*, p. 73.)

Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du sinus maxillaire, par le Dr Jules Colignon. (*Gaz. méd.*, p. 101.)

Coup de feu à l'angle de la mâchoire inférieure, fracture de cet os. — Trachéotomie, fistule salivaire, extraction tardive d'un biscaïen pesant 215 grammes, enclavé entre la paroi postérieure de la symphise du menton et l'os hyoïde, par E. Dujardin-Beaumetz. Méd. major de 1re cl. (*Rec. des mém. de méd.* n° 1, t. XXIX, p. 572, 1873.)

Rachis, pathologie, par Legouest et Michel. — Déviation. par Bouvier et

Pierre Bouland. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, Paris, G. Masson et P. Asselin.)

Rachitisme, par Léon Tripier. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, G. Masson et P. Asselin.)

De l'incurvation latérale du rachis, son traitement, par William Elliott. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, déc. 1873.)

Fracture du dixième cartilage costal par effort musculaire, en éternuant, par le prof. Podrazki. (*Oesterr. Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, n° 44, 31 oct. 1873.)

Fracture de côtes avec emphysème. — Dorset. County. Hospital. — Dr Tudor. (*The Lancet*. 28 fév., t. I, p. 299.)

Deux observations de fractures de côtes avec déchirure du poumon; emphysème; pneumothorax; hydrothorax; guérison, par Barwell. — *Charing-cross Hospital*. (*The Lancet*, 17 janv., t. I, p. 91.)

Amputation de l'extrémité supérieure, comprenant l'omoplate et la moitié externe de la clavicule. — Pénétration d'air dans la veine sous-clavière. — Guérison. par A.-W.-M. Robson. (*Brit. med. Journ.*, 3 janv.)

Fracture compliquée comminutive de l'olécrâne du côté gauche, avec ouverture de l'articulation du coude, par le Dr Callender. — *Saint-Bartholomew's Hospital*. (*The Lancet*, 14 fév., t. I, p. 231.)

Fracture compliquée du bras droit; gangrène; désarticulation de l'épaule; guérison, par John Wood. — *King's college hospital*. (*Med. Times and Gaz.* 20 déc. 1873, t. II, p. 689.)

Leçon clinique sur les fractures de la colonne vertébrale, par John. W. Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 14 fév., t. I, p. 173, 28 fév., t. I, p. 229.)

Quelques points du mécanisme du crâne au point de vue de la cause fracturante, par Allen. (*The Amer. Jour. of the med. sc.*, janv., p. 77, 84.

Fracture du crâne, par E. Eshleman. (*Philad. med. Times*, août, 1873.)

Leçon clinique sur un cas de fracture compliquée du crâne, par Christopher Heath. — *University college Hospital*. (*Med. Times and Gaz.*)

Fracture compliquée du fémur; amputation au niveau du trochanter, disposition anormale des artères, par H.-H. Clark. (*The Clinic*, juil. 1873.)

Fracture de la jambe avec broiement des parties molles; résection des fragments du tibia et suture métallique, par A. Gherini. (*Gaz. Lomb.*, 39, 1873.)

Fractures du fémur traitées par un appareil extensif avec les poulies e les poids, par Samuel F. Knaggs. (*The Dublin med. Journ.*, janv.)

Fracture de la cavité cotyloïde par chute sur les hanches simulant une fracture du col du fémur, par E. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 19.)

Des lésions des gros vaisseaux dans les cas de fracture de cuisse, par A. Jourdan. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Note sur un cas de luxation scapulo-humérale, par E. Nicaise. (*Soc. de chir.*, 21 janv.)

Luxation ilio-ischiatique spontanée du fémur droit, par N. Archi. (*Il Raccoglitore med.*, 24, 1873.)

Diastasis de l'extrémité inférieure du radius ; fracture du cubitus, par R.-W. Smith. (*Reports of the Dublin pathological Soc.* — *The Dublin Journ. of med. sc.*, nov. 1873.)

Luxation de vertèbres, par le Dr W. Brooks. (*Chicago med. Journ.*, nov. 1873.) Enfant de 8 à 9 ans. — Luxation de l'atlas sur l'axis. Réduction. Guérison.

Étude sur les ankyloses et leur traitement, par J. Chailly. (*Thèse Paris.*)

Corps libres articulaires dans l'arthrite déformante. Présentés à la Société de médecine de Nancy, par Grass. (*Revue médicale de l'Est*, janvier.)

Plaie contuse de l'articulation du genou avec fracture du fémur, par Colles. (*Irish hospital Gazette*, 1873, décembre, nº 23, p. 354.) Guérison par le traitement antiseptique.

Observation de plaie de l'articulation du genou, par Jansenius. (*Correspond. der ærztlich. Vereine der Rheinprovinz*, sept. 1873.)

Arthrite aiguë suppurée compliquant une ancienne arthrite sèche du genou droit, par M. Longuet, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 548.)

Cas d'arthrite dyssentérique, par T. Santopadre. (*Il Raccoglitore med.*, p. 143.)

Tuberculose des articulations du pied, par Pancoast. (*Philad. med. Times*, septembre 1873, p. 803.)

De la périarthrite scapulo-humérale ; leçon de M. Duplay, recueillie par H. Duret, interne des hôpitaux. (*Prog. méd.*, 1873, p. 329.)

Des synovites tendineuses aiguës, par le Dr Pillenet. (In-8º, Paris, Adrien Delahaye.)

Synovite tuberculeuse des tendons des doigts et de la main, par M. Lancereaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 617.)

Cas de paralysie traumatique du facial avec symptômes nerveux, spéciaux par le Dr Lottlieb Burckhardt, Soc. méd. de Bâle, séance du 3 juillet 1873. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1873, nº 22, 15 novembre 1873.)

Cas de blessure de la moelle épinière, par Meton. (*Gazeta med. da Bahia*, 15 sept. 1873.)

Arrachement de tout le membre supérieur droit avec l'omoplate; guérison, par le Dr Ferdinand Katholitzky, de Rossitz. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1873, nº 45.)

Blessure de l'estomac par coup de feu, par T.-G. Morton. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Plaie pénétrante de poitrine, produite par une barre de fer; déchirure du poumon; mort, par Campbell de Morgan. —Middlesex Hospital. (*The Lancet*, 17 janv., I, p. 90.)

Plaie du foie produite par une barre de fer chauffée au rouge, hémorrhagie peu abondante, écoulement de bile par la plaie avec issue de bulles de gaz, absence d'ictère, mort, par M. Martin, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 519.)

Plaie grave du cou par suicide, par Cristopher Jeaffreson. (*St.-Bartholomew's Hospitals Reports*, 1873, vol. IX, p. 90.)

Blessure de l'encéphale causée par une chute de cheval, symptômes d'extravasation sanguine, trépanation, soulagement, mort, par le Dr Ewart. (*The Indian Annals of med. sc.*, vol. XXXI, p. 165.)

Épanchement sanguin probable entre les enveloppes du cerveau à la suite d'un coup sur la tête; empoisonnement par le plomb; guérison. —*Guy's Hospital.* — Dr Wilks. (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 876.)

Deux cas de paralysie traumatique aux extrémités inférieures, par le Dr Albert Eulenburg, de Bertin. (*Deutsche Klinik*, p. 49.)

Plaie de la région carotidienne ayant pénétré dans l'orbite et causé la perte de la vue. — *Liverpool Northern Hospital.* — Dr Lowndes. (*The Lancet*, 3 janv., I, p. 12.)

Cas de morsure de serpent à sonnettes, par A.-M. Wassam. (*The Clinic*, octobre 1873.)

Rétraction cicatricielle après une brûlure du cou, par W. Spencer Watson. (*The Practitioner*, décembre 1873, p. 417.)

Anévrysme de l'artère radiale, par Richard Quain. (*Med. Times and Gaz.*, 24 janv., I, p. 93.)

Anévrysme de l'arcade palmaire, par Hayes Agnew. (*Philad. med. and surg. Reporter*, nov. 1873.)

Anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle, par le Dr Fleury, de Clermont-Ferrand. (*Gaz. des hôp.*, p. 202.)

Anévrysme de l'artère humérale, par M. Ch. Richet. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 697.)

Anévrysme de l'artère sous-clavière traitée par une nouvelle méthode, par R.-J. Levis. (*Philad. med. Times*, 25 octobre 1873.)

Anévrysme du tronc brachio-céphalique, par le Dr Dominique Colli Vignarelli. (*Rivista clinica, de Bologne*, fasc. 2e, nov. 1873, p. 340.)

Anévrysme de la poplitée, par O.-H. Allis. (*Philad. med. Times*, août 1873.)

Anévrysme de la poplitée, par W.-H. Farrington. (*Idem*, octobre 1873.)

Guérison radicale d'un anévrysme de la poplitée avec oblitération complète du sac, par L. Violani. (*Il Raccoglitore med.*, 20, 1873.)

Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires, par Ch. Cauchois. (*Thèse de Paris.* A. Delahaye.)

Rupture de l'oreillette droite du cœur par compression du thorax, par Amory. (*Boston med. and surg. Journ.*, décembre 1873.)

Rupture traumatique de l'aorte à son origine, épanchement du sang dans le péricarde, par Seuvre. (*Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, p. 679.)

Hémorrhagies après l'amygdalotomie, par le prof. Baum, de Gœttingue, 46e réunion des natur. et méd. allem., à Wiesbaden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 52.)

Tumeur érectile de la nuque du volume d'une grosse mandarine chez un enfant de 18 jours; guérison absolue par la cautérisation ignée, par le Dr Tillaux. (*Soc. de Chir.*, 10 déc. 1873.)

Remarques sur la varicocèle et les varices des membres inférieurs, par R. Bozeman. (*New-York med. Journ.*, oct. 1873.)

Mort soudaine survenue immédiatement après une injection de perchlorure de fer dans un nævus, par W.-B. Kestewen. (*The Lancet,* 7 févr., I., p. 195.)

Remarques sur le diagnostic des tumeurs et l'ischémie préventive, d'après la méthode d'Esmarch, par Moutet. (*Montp. méd.*, fév. p. 119.)

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par Henry Thompson, traduites et annotées par les Drs Jude Hue et F. Gignoux, 1 vol. de 532 pages avec fig. Paris, G. Masson. (Voy. *Rev. d. S. M.*, t. II, p. 352.)

De l'hématurie, par W.-D. Martin. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Exstrophie de la vessie avec épispadias, par J. Wood.—*Royal medical and chirurgical Society.* (*British medical journal,* 7 février.)

Leçon clinique sur l'infiltration urineuse, par William S. Savory. — *St-Bartholomew's Hospital.* (*The Lancet,* 17 janv., I. p. 79.)

Rétention d'urine à la suite d'un rétrécissement compliqué d'une fausse route en cul-de-sac; guérison de la rétention et du rétrécissement. — *West London Hospital.* — Dr Teevan. (*The Lancet,* 20 déc. 1873, II, p. 877.)

Hypertrophie de la prostate, 6 ponctions successives de la vessie, par J. Englisch. (*Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, nos 40 et 41, 3 et 10 oct. 1873.)

Applications de l'auscultation au diagnostic des calculs vésicaux, par Henry Head. (*Irish hosp. Gaz.*, 15 juillet 1873.)

Calcul vésical, taille, guérison, Dr Teevan. — *St-Peter's Hospital.* (*Med. Times and Gaz.*, 14 févr., I, p: 179-180.)

Observation de calcul vésical spontanément fragmenté, par Dubar. (*Bull. méd. du Nord,* nos 11 et 12, 1873.)

Calcul vésical, par B.-C. Toler. (*Philad. med. and surg. Reporter,* août 1873.)

Cas de calcul rénal, par Ch.-E. Slocum. (*The Clinic*, juillet 1873.)

Perforation du rectum et fistule uréthro-anale consécutives à une opération de taille, par C.-K. Briddon.—*New-York pathological Society.* (*The med. Record,* New-York, 1er nov. 1873, p. 548.)

Abcès périnéphrétique; ouverture; perforation de la cavité pleurale; péricardite; mort, par les Drs Southey et Thomas Smith.—*Saint-Bartholomew's hospital.* (*The Lancet,* 17 janv., I, p. 53.)

Sur l'affection calculeuse à Bombay et dans quelques autres parties de l'Inde. (*Saint-George's hospital Reports,* vol. VI, 1871-72, p. 85.)

Observation de hernie considérée comme enflammée; opération; mort, par Berkeley Hill.—*University college Hospital.* (*The Lancet,* 24 janv., I, p. 128.)

Etranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée; opération le 8e jour; guérison, par Ch. Périer. (*Soc. de chir.*, 3 décembre 1873.)

Hernie à une période avancée de la phthisie; débridement; guérison sans élévation de la température, par le Dr Berkeley Hill. — *University college Hospital* (*The Lancet,* 7 févr., I, p. 196.)

Inflammation d'un sac herniaire dans le canal inguinal; hernie ventrale consécutive, par J. Englisch. (*Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde,* no 32, 8 août 1873.)

Hernie irréductible ; opération ; guérison radicale, par M. Holthouse. *Westminster hospital.* (*The Lancet,* 13 déc. 1873, II, p. 841.)

Hernie inguinale gauche ; étranglement et gangrène ; guérison complète et cicatrisation de l'anus contre nature au bout de dix semaines, par le Dr Wolfenstein, de Brünn. (*Allg. Wiener med. Zeitung,* 1873, p 598.)

Hernie étranglée ; deux cas traités par l'aspiration, par Ch.-D. Homans. (*The Boston med. and surg. Journ.,* 1873, décembre, no 26, p. 629.)

Tumeur stercorale d'un très-grand volume, par L. Herbert Jones. (*Brit. med. Journ.,* 13 déc. 1373, p. 689.)

Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires ; mort et autopsie, par le Dr H. de Boyer. (*Soc. de chir.,* 26 nov. 1873.)

De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement, par L.-Gustave Richelot, aide d'anatomie à la faculté de médecine de Paris. (Paris, 1873, in-8o de 88 pages. J.-B. Baillière.)

Etude sur la septicémie intestinale, accidents consécutifs à l'absorption des matières septiques par la muqueuse de l'intestin, par le Dr Gaston Humbert, aide d'anatomie. (Paris, 1873, in-8o de 105 pages. J.-B. Baillière.)

Des fistules ossifluentes de la région anale, de la résection du coccyx et de ses indications, par Paul Dénucé. (*Thèse de Paris.*)

Des fistules ano-périnéales, par E. Nicaise. (*Gaz. méd. Paris,* p. 134.)

Des fistules ano-périnéales ; leçon par S. Duplay, recueillie par A. Lagrange, interne des hôpitaux. (*Prog. méd.,* p. 51, 63.)

De la pneumatose dans les abcès pelviens, par W.-G. Lœns. (*Inaug. Dissert. Halle.*)

Déchirure du périnée ; incontinence des matières fécales pendant trente-trois ans; opération ; guérison, par le Dr Francis Mason. — *Saint-Thomas's hospital.* (*Med. Times and Gaz.,* 10 janvier, I, p. 37.)

Rétrécissement du rectum ; incision ; vomissements ; réapparition des symptômes d'obstruction au bout de neuf mois ; amélioration sous l'influence du régime, par le Dr Wagstaffe. (*Med. Times and Gaz.,* 3 janvier, I, p. 8.)

Contribution à l'étude des tumeurs, par Edouard Stich, de Nuremberg. (*Berlin. klin. Wochens.,* nos 47, 48, 49 et 51.) — Plusieurs observations de tumeurs, en particulier de sarcomes, survenues sous l'influence du traumatisme.

Etat actuel de nos connaissances sur la pathogénie des tumeurs, par S.-W. Gross, de Philadelphie. (*The American Journ. of the med. science,* janvier, p. 28-39.)

Contre-indications à l'extirpation des tumeurs mélaniques, tirées de l'examen microscopique du sang et des urines ; note du Dr Nepveu. (*Soc. de biol.* 17 janvier.)

Un cas de squirrhe pustuleux ou disséminé du sein chez l'homme, par le prof. Doutrelepont. (*Sitzber. der Niederrh. Ges. in Bonn,* 1873, p. 191.)

Squirrhe de la mamelle chez l'homme, par Wood. *Pathological Society of London.* (*The Lancet,* 17 janv., I, p. 92.)

Leçon clinique sur deux cas de cancer du sein, par Christophe HEATH. (*Med. Times and Gaz.*, 7 févr., I, p. 147.)

Étude sur les abcès du sein et sur leur traitement, par A. GILLE. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Stomatite interne et rebelle. Calcul du canal de Wharton. Extraction ; guérison, par UMÉ. (*Presse méd. belge*, 4 janvier.)

De la fissure palatine, par T.-P. PICK. (*St-George's Hospital Reports*, vol. VI, 1871-72, p. 147.)

Anthrax du menton, phlébite des veines faciale et ophthalmique, guérison après retour de l'affection. — Hôpital Saint-Louis. Dr PÉAN. (*The Lancet*, 21 février.)

Tumeur papillomateuse du larynx, par Morell MACKENSIE. — *Pathological Society of London*. (*The Lancet*, 28 févr., I, p. 300.)

Deux observations de compression de la trachée par des tumeurs du corps thyroïde, par M. BALZER. (*Gaz. des hôp.*, p. 107.)

Polype muqueux occupant la partie moyenne du pharynx et les fosses nasales. Extirpation à travers le voile du palais divisé. Guérison, par le Dr DE SAINT-GERMAIN. (*Gaz. des hôp.*, p. 66.)

Deux cas d'épithélioma du larynx et de la trachée avec rétrécissement de l'œsophage, par Pugin THORNTON. *Pathological Society of London*. (*Brit. med. Journ.*, 6 déc. 1873, p. 663.)

Épithéliome cylindrique du pharynx et du voile du palais; mort presque subite, par MM. HUTINEL et LONGUET. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 656.)

Fistule congénitale entre l'œsophage et la trachée ; mort, par D.-S. LAMB. (*Philad. med. Times*, août 1873.)

Observation de fongus hématode de la fosse jugulaire et sus-claviculaire, perforation du larynx, par le Dr C.-F. ROHRER. (*Corr.-Blatt. f. schweiz., ærzte*, no 23 1873.)

Leçon clinique sur un cas de perforation de la trachée par un ganglion hypertrophié et caséeux, par Henry THOMPSON. (*Med. Times and Gaz.*, 24 janv., I, p. 91.)

Suppuration des ganglions lymphatiques; ouverture dans la trachée, par COUPLAND. — *Pathological Society of London*. (*The Lancet*, 17 janv., I, p. 93.)

Tumeur lymphoïde de la trachée, dyspnée, asphyxie à deux reprises, trachéotomie pratiquée deux fois ; mort, par Andrew CLARK. — *Pathological Society of London*. (*Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1873, p. 708.)

Tumeurs ganglionnaires multiples développées sans altération appréciable de la santé. Ablation, état caséeux et fibreux des tumeurs, par M. TERRILLON, prosecteur des hôpitaux. (*Bull. de la Société. anat de Paris*, 1873, p. 583.)

Note sur les lymphangites cancéreuses, par le Dr DEBOVE. (*Prog. méd.*, p. 61.)

Fistules lymphatiques de la partie moyenne du bras. Section accidentelle des vaisseaux lymphatiques afférents. Guérison. Poussées d'angioleucite à marche descendante. Œdème persistant du bras et de l'avant-bras. Observa-

tion recueillie par le Dr Terrillon, dans le service de M. A. Guérin. (*Prog. méd.*, p. 25.)

Hypertrophie kystique du corps thyroïde ; extirpation ; guérison. — *Leeds general Infirmary*. — M. Jessop. (*The Lancet*, 13 déc. 1873, II, p. 841.)

Tumeurs de la cuisse. — *King's College Hospital*. — M. John Wood. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 808.)

Étude clinique sur le rétrécissement de l'œsophage au point de vue thérapeutique, par le Dr Richardson. — *Medical Society of London*. (*Brit. med. journ.*, 1er nov. 1873, p. 529.)

Lipome fibreux de l'éminence thénar, par M. Pitre, interne des hôpitaux. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, 48e année, 1873, p. 521.)

Extirpation d'un lipome de la tête mesurant un pied six pouces depuis son sommet jusqu'au point d'insertion et pesant trois livres. Succès, par W.-V. Wheeler. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, décembre 1873.)

Observation de lipome calcifié, développé dans le tissu sous-péritonéal à la région ombilicale, par Grasset. (*Montp. méd.*, fév., p. 110.)

Kyste congénital du cou développé aux dépens du corps thyroïde, par le Dr Houel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 632.)

Kyste du cou, par C.-W. M' Millen. (*The Clinic.*, décembre 1873.)

Kyste dermoïde du cuir chevelu simulant une méningocèle, par Arnott. — *Pathological Society of London*. (*The Lancet*, 7 fév., I, p. 200.)

Tumeur kystique de la mamelle gauche, par M. Hubert. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 690.)

Kystes tendineux du poignet et de la main ; incision ou extirpation de ces kystes, pansement par l'occlusion inamovible ; guérison rapide sans aucun accident inflammatoire, par A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, t. LXXXV, p. 496.)

Tumeur adénoïde volumineuse avec kyste laiteux, par F. Le Gros Clark.— *Royal medical and Chirurgical Society*. (*The Lancet*, 24 janv., I, p. 129.)

Des kystes par rétention des conduits urinaires de la femme chez un nouveau-né et leur rapport avec le développement de la caroncule, par F. Englisch. (*Stricker's Jahrb.*, 1873, p. 441-476.)

Cas de spermatocèle, par le Dr E.-H. Bennett. (*Irish. Hosp. Gaz.*, oct. 1873 p. 290.)

Sarcome encéphaloïde du testicule, par MM. B. Anger et Poyet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 658.)

Dégénérescence calcaire du testicule gauche, par Wm. Guest Carpenter. (*The Lancet*, 28 fév , I, p. 297.)

Sciatique symptomatique de la compression du plexus sacré par une tumeur cancéreuse, par M. Debove. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5e sér., t. VIII, 48e année, 1873, p. 616.)

Observations de paralysies par lésion des nerfs, par S.-G. Webber. (*The Boston med. Journal*, décembre 1873.)

Névrome douloureux de la peau (névrome plexiforme?) par L. A. Duhring. (*The American Journ. of med. sc.*, octobre 1873.)

Névrome traumatique du saphène interne. Cautérisation, guérison, par le Dr E. Sonrier. (*Gaz. des hôp.*, p. 108.)

Du tétanos, par G.-L. Wilkins. (*Philad. med. and surg. Reporter*, novembre 1873.)

Considérations sur une nouvelle forme d'accidents consécutifs aux suppurations chroniques externes, par C.-L. Baudoin. (*Thèse, Paris*, 1873.)

Cas d'inflammation mastoïdienne, par Oven Green. (*The Boston med. and surg. Journ.*, janv., nº 4, p. 77.)

Sur l'emphysème traumatique, par Herm. Fischer. (*Samml. klin. Vortræge*, nº 65.)

Sonde œsophagienne avalée et rendue le lendemain, par le Dr Jackson. (*The Boston Journal*, 1er janvier.)

Corps étranger resté pendant quatre ans dans le creux axillaire, par M. Martin. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 660.)

Tumeurs villeuses du rectum, Dr Gowland.—*Pathological Society of London.* (*The Lancet*, 14 fév., I, p. 234.)

Observations sur l'onyxis malin, par W. Mac Cormac. (*Brit. med. Journ.*, nº 675.) Préconise l'avulsion de l'ongle.

De la bourse séreuse rétro-calcanéenne et de son inflammation, par Edouard Valette. (*Thèse Paris*, 1873.)

Considérations générales sur le bec de lièvre, par J.-A. Delatour. (*Thèse Paris.*)

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE.

Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, par le Dr Desmarres. (Paris, Asselin.)

Études cliniques à l'hôpital des maladies des yeux, par J. Hirschberg.— Vienne.

Œil et lunettes, petit traité populaire du Dr Br. Florschütz. — 2e édit. Cobourg, 1873.

Modification apportée à l'ophthalmoscope, par E.-G. Loring. (*The American journ. of the med. sc.*, janv., p. 114.)

Instrument destiné à mesurer la profondeur de la chambre antérieure et la courbure de la cornée, par Donders. (*Compt. rend. du congrès period. intern. d'ophthalm.*, tenu á Londres en 1872 (trad. franç.), p. 209. Paris 1873.)

Du pouvoir accommodateur dans l'aphakie, par Donders. (*Idem*, p. 209.)

Rôle négatif des corpuscules fixes de la cornée dans la suppuration de cette membrane, par Talma (communication faite par Donders). (*Idem*, p. 210.)

Examen ophthalmoscopique pendant un accès d'amaurose épileptiforme, par J. Huglings Jackson. (*The Lancet*, 7 février, I, p. 193.)

Contribution à la théorie de l'absence de la notion des couleurs, par A. Fich. (*Verhandl. der phys. med. Gesellschaft in Würzburg*, vol. V., p. 158.)

Kératite neuro-paralytique, par W. Spencer WATSON.— *Medical Society of London.* (*The Lancet*, 14 févr., I, p. 233.— *Idem*, *Med. Times and Gaz.*, 14 févr., I, p. 177.)

Quatre cas de névrite optique double avec remarques, par Henry POWER. (*St-Batholomew's Hospital Reports*, 1873, vol. IX, p. 181.)

Observations de traitement de l'amaurose par la médication hypodermique, par C. Bell TAYLOR. (*The Lancet*, 13 déc. 1873, II, p. 838.)

Aperçu général sur les choroïdites, par X. GALEZOWSKI. (*Rec. d'ophthalm.*, p. 159-174, 1874.)

Tubercules de la choroïde, par GOUPLAND. — Pathological Society of London. (*The Lancet*, 28 fév., I, p. 300.)

Ossification de la choroïde, par WILSON, in Reports of the Dublin pathological Society. (*The Dublin Journal of medical Science*, novembre 1873.)

De la rétinite et de la rétino-choroïdite albuminuriques; leur traitement, par le Dr GALEZOWSKI. (*Union méd.*, p. 924.)

Cas de gliome et gliosarcome de la rétine, par CARRERAS Y ARRAGO. (*El Siglo med* , août, 1873.)

Apoplexie de la rétine; iridocyclite, cataracte consécutive et ophthalmie sympathique, par DEL TORO. (*La Cronica oftalmol.*, n° 8, p. 147, nov. 1873. Cadix.)

Sarcomes des deux iris, par R. Brudenell CARTER. — *Clinical Society of London.* (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 881.)

Iritis spécifique double. Guérison obtenue par la paracentèse de l'œil droit, par H. SALLES. (*Rec. d'ophthalm.*, p. 182-184, janvier.)

De l'iridotomie, par Jean FONTAINE. (*Thèse de Doctorat*, Paris, n° 407, 1873.

Remarques sur la conjonctivite diphtéritique, par DEL TORO. (*La Cronica oftalmologica*, n° 7, p. 121, oct. 1873. Cadix.)

De la conjonctivite diphtéritique, par A. SCHENKEL. (*Böhm. aerzt. Corr. Bl.*, 9, p. 268, 1873.)

Hypertrophie et dégénérescence amyloïde des cartilages tarses, par le prof. SALMISCH. (*Sitzungsb. der med. Ges. in Bonn*, 1873, p. 95.)

Des principaux procédés d'extraction de la cataracte et de leur appréciation par la Société de chirurgie de Paris, parallèle et critique, par le Dr BAUDRY. — Paris, Adrien Delahaye.

Ossification du cristallin, par WILSON. — Reports of the Dublin Pathological Society. (*The Dublin journal of medical science*, novembre 1873.)

Pannus granuleux, par DIAS ROCAFULL. (*La Cronic. oftalm.*, n° 7, p. 126.)

Lettre à M. le Dr Hairion au sujet de son analyse de l'ouvrage intitulé : *Ophthalmie d'Algérie*, par CUIGNET (de Lille). (*Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, p. 113-122, janvier.)

Étude de diagnostic sur un cas de paralysie du grand oblique de l'œil droit, par Léon BAROIS. (*Thèse de Doctorat de Paris*, n° 8.)

Recherches sur le cristallin, par ROBINSKI. (*Compt. rend. du congrès ophth. de Londres*, p. 241, Paris 1873.)

De l'opération du kératocone, par R. SECONDI. (*Idem*, p. 241.)

Remarques pratiques snr la détermination de l'acuité de la vision, par J. Gayat. (*Idem*, p. 236-241, Paris, 1873.)

Sur les injections hypodermiques de calomel dans les affections syphilitiques de l'œil, par Zuaglino. (*Idem*, p. 235.)

De ia cautérisation du sac dans le traitement de la tumeur lacrymale, par Zuaglino. (*Idem*, p. 234, Paris, 1873.)

Sur le mécanisme de l'accommodation visuelle, par R.-E. Dudgeon. (*Idem*, p. 227-232.)

Nouvelle méthode d'extraction de la cataracte par un procédé à lambeau médian sphéro-cylindrique, par P. Lebrun. (*Idem*, p. 217-227.)

Du ptosis et de ses diverses formes, par Jouanolou. (*Thèse de Doctorat de Paris*, 1873, n° 408.)

De la vascularisation pathologique de la cornée, par Faure. (*Thèse de Doctorat de Paris*, 1873, n° 428.)

Étude sur l'embolie des vaisseaux rétiniens, par Rodriguez Blanco. (*Thèse de Doctorat de Paris*, 1873, n° 452.)

De l'ophthalmie sous-conjonctivale, par Paul Masmonteil. (*Thèse de Doctorat de Paris*, 1873, n° 450.)

Étude sur les granulations palpébrales fausses et néoplasiques, par X. Galezowski. (*Rec. d'ophthal.*, p. 132-147, janv.)

Étude sur un nouveau traitement de certaines affections de la cornée, par E. Hudellet. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1873, n° 447.)

Étude sur l'étiologie et la pathogénie de la tumeur et de la fistule lacrymales (traitement par la cautérisation avec le beurre d'antimoine), par Michel Nikiphorakis. (*Thèse de Doctorat de Paris*, 1873, n° 494.)

Amblyopie à marche rapide avec parésie générale des muscles de l'œil, par le Dr Baumeister. (*Arch. f. Ophthalm.*, t. XIX, 2e part., p. 265.)

Essai pour démontrer que l'insuffisance des muscles droits internes et la myopie ont été associés à tort et que l'asthénopie musculaire de la myopie n'est pas le résultat de cette insuffisance, mais celui de l'anomalie de la réfraction, par Samuel Théobald. (*The American journ. of the med. sc.*, janvier, p. 65-77.)

Contracture des muscles de l'œil, torticolis, par M. Testelin. (*Bull. méd. du Nord*, nos 1 et 2, p. 21.)

Quelques mots sur la strabotomie en général et sur l'avancement du muscle relâché en avant, par Fernandez (de la Havane). (*Recueil d'ophthalm.* p. 185-187 (2 observations), janvier.)

Des défauts de réfraction considérés au point de vue de l'exemption du service militaire, par Daguenet. (*Recueil d'ophthalm.*, p. 152, janvier.)

Leçon sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par J.-W. Hulke. (*Med. Times and Gaz.*, 6 déc. 1873, II, p. 629.)

Des parasites de l'appareil de la vision, par le Dr J. Lemoine. (In-8°, Paris, Ad. Delahaye.)

Traité pratique des maladies de l'oreille contenant l'anatomie de l'organe, par St-John Roosa, professeur á l'Université de New-York. (In-8°, New-York, W. Wood, 1873.)

Cas de maladies de l'oreille, spécialement du pavillon de l'oreille, par J.-J. Kirk Duncason. (*Edinburgh med. journ.*, janvier, p. 589.)

De la loupe pneumatique appliquée à l'examen de l'oreille, par R. Voltolini. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1873, n° 12.)

La trépanation de l'apophyse mastoïde, considérée au point de vue anatomique, par le Dr Bezold, de Munich. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1873, n° 11.)

Observations au sujet du travail du Dr G. Brunner sur les articulations des osselets de l'ouïe (travail publié dans *Arch. f. Augen-und Ohrenheilkunde*, III, 1, 1873), par le Dr Rüdinger. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1873, n° 11.)

Un exemple très-net de l'hérédité de la surdité, par le prof. Voltolini. (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1873, n° 11.)

Larves vivantes dans l'oreille, par le prof. Voltolini. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, 1873, n° 11.)

Pathologie et traitement de l'otorrhée, par M. Giommi. (*Il Raccoglitore med.*, 24, 1873.)

Épilepsie consécutive à des corps étrangers de l'oreille, par R.-S. Goodwin. (*Phil. med. and surg. Reporter*, décembre 1873.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Contribution à l'histoire des ambulances internationales et volontaires en temps de guerre, par le prof. E. Gurlt de Berlin. — Leipzig, 1873.

Pansements modernes, par Carl Emmert. (*Arch. f. klin. Chirurgie*, vol. XVI, 1er fasc., p. 96.)

Quelques mots au sujet du traitement des plaies par la méthode de Lister, par Lesser. (*Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie*, III, nos 5 et 6, 12 déc. 1873.)

Du traitement des plaies par la méthode antiseptique, par Sampson Gamgee. (*The Lancet*, 3 janv., t. I, p. 9. — *Idem.* 10 janv., p. 50.)

Contribution à l'histoire du pansement ouaté, par le Dr Jules Boeckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 1, 1er janvier.)

Du pansement de M. A. Guérin, note de Nicaise. (*Gaz. méd.*, p. 30.)

De la fièvre traumatique dans le pansement ouaté, par C. Conord. (*Thèse Paris*, 1873.)

Farine de seigle pour le pansement des plaies, par J. Bates. (*The Clinic*, septembre 1873.)

Note sur l'éponge préparée, par Lawson Tait. (*Med. Times and Gaz.*, 10 janv., p. 35.)

De l'électrocatalyse, par C. Frommhold. (*Pester med. chir. Presse*, IV, 41.)

Action anesthésique de l'acide phénique, par le prof. von Adelmann (de

Berlin), 46e réunion des naturalistes et méd. allem. à Wiesbaden. (*Berlin klin. Wochens.*, 1873, nº 52.)

De l'action du protoxyde d'azote employé comme anesthésique pour les opérations sur les dents et les yeux, par M. Möller. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 34.)

Sur les inhalations de protoxyde d'azote, nitrogène, hydrogène et autres mélanges gazeux, par E. Thomson. (*Philad. med. Times*, nov. 1873.)

Remarques sur le sommeil anesthésique pendant les opérations, par J.-J. Clover. (*Brit. med. Journ.*, 14 février.)

Cas de mort survenu pendant l'inhalation du chloroforme, Dr Dowson. *Bristol Royal infirmary*. (*The Lancet*, 17 janv., I, p. 92.)

Cas de mort par le chloroforme ; discussion, par N.-P. Dandridge. (*The Clinic*, octobre 1873, p. 172.)

Mort par anesthésie (éther?) à Boston. (*The Boston med. and surg. Journ.*, 1873, nov., nº 21, p. 497, 518, 537, 596.)

Leçon clinique sur la suppression de l'écoulement sanguin dans les opérations et l'emploi du cautère galvanique, faite à *Guy's Hospital*, par Thomas Bryant. (*The Lancet*, 28 fév.)

Sur la galvano-caustique, par Boeckel et Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 1077, 1873.)

Circoncision par le galvano-cautère pour un phimosis congénital, par B.-F. Dawson. (*The Clinic*, août, 1873.)

Traitement du phimosis au moyen de la galvano-caustique, par le Dr. A. Amussat. (*Gaz. des hôp.*, p. 44.)

De la méthode d'Esmarch, par W. Keen. (*Philad. med. Times*, décembre.) — *Idem*, par L. Koch. (*Bayer. ærztl. Int. Bl.*, XX, 49.)

Des opérations sans perte de sang. — Réclamation de priorité en faveur de Charles Bell, par James Spence. (*Med. Times and Gaz.*, 24 janv., I, p. 111.)

Observation pour servir à l'histoire de la méthode de compression d'Esmarch. *Clinical Society of London*, M. Henry Arnott. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 812.)

Sur la méthode du prof. Esmarch pour assurer l'hémostase dans les opérations, par le Dr Marduel. (*Lyon méd.*, p. 15.)

Nouvelles méthodes d'hémostase dans les opérations, par M. le Dr Terrillon, protecteur des hôpitaux. (*Bull. gén. de thérap. méd. et chir.*, février.)

Cas de tumeur graisseuse dans l'avant-bras enlevée par le procédé d'Esmarch. *Westminster Hospital*, Dr Cowell. (*The Lancet*, 27 déc. 1873, II, p. 899.)

Nécrose du calcanéum; ablation du séquestre; emploi de la méthode d'Esmarch; réflexions. *King's college Hospital*, par William Fergusson. (*The Lancet*, 3 janv., I, p. 10.)

Application du procédé d'Esmarch à une amputation de jambe et à l'ablation d'une tumeur du bras; opérations pratiquées par le Dr Demarquay et observations rapportées par Cauchois. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXXV, p. 449.)

Deux cas d'amputation sans aucune perte de sang, par la méthode de

compression élastique, dite méthode d'Esmarch, par le Dr Vast, de Vitry-le-François. (*Un. méd.*, p. 278.)

Tumeur végétante de la mamelle; ablation par la constriction graduelle d'une ligature élastique. *University college Hospital*, par Henry Thompson. (*The Lancet*, 3 janv., I, p. 12.)

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : de la transfusion du sang (leçon faite le 4 février 1874 par M. le prof. Béhier). Compte rendu par M. Chouppe. (*Gaz. hebd.*, n° 7.)

De la transfusion du sang (Lettre à la *Gaz. hebd.*), par le Dr Nicolas Duranty. (*Gaz. hebd.*, n° 9.)

Leucémie traitée par transfusion de sang défibriné, par J. Andrew et W. Callender. (*St-Bartholomew's Hospital Reports*, 1873, v. IX, p. 216.) Fille de sept ans. Deux transfusions à cinq semaines d'intervalle. Amélioration passagère Les parents s'opposèrent à une troisième opération. L'enfant fut perdue de vue.

Sur la transfusion du sang, par L. Frigerio. (*Il Raccoglit. med.*, déc. 1873.)

Contribution à la théorie et à la pratique de la transfusion, par Robert Barnes. (*The Lancet*, 3 janv., I, p. 6.)

Transfusion de sang dans la chloro-anémie, par G.-B. Fabbri. (*Il Raccoglit. med.*, p. 97.)

Injections de sang défibriné dans le tissu cellulaire sous-cutané, par le Dr Karst de Kreuznach. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, n° 49, 8 décembre.) Moyen proposé par l'auteur pour remplacer la transfusion et l'alimentation artificielle en cas de rétrécissement de l'œsophage ; mais jusqu'ici il ne l'a expérimenté que sur un lapin!

Opération pour un anévrysme traumatique, par J. Guild. (*Philad. med. and surg. Reporter*, nov. 1873.)

Anévrysme poplité guéri par la flexion, par T.-G. Morton. (*Philad. med. Times*, déc. 1873)

Anévrysme poplité traité par l'introduction de crins de cheval dans le sac, par Bryant. (*Guy's hospital Gazette*, 6 décembre 1873.)

Anévrysme poplité traité par la flexion forcée; gangrène de la jambe; amputation de la cuisse par la méthode d'Esmarch; guérison. *St-Thomas's Hospital*, Dr Wagstaffe. (*Med. Times and Gaz.*, 21 fév., I, p. 207.)

Cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière dans lequel un essai de compression temporaire de l'innominée fut suivi de la ligature de ce vaisseau, par Bickersteth. (*Med. chir. Transact.*, 1863, v. XXXVIII, p. 128-136.) Mort par hémorrhagie, le 7e jour après la ligature.

Anévrysme de la fémorale dans le canal de Hunter ; ouverture du sac; ligature des deux bouts ; guérison, prof. John Wood. *King's college Hospital.* (*Med. Times and Gaz.*, 14 fév., I, p. 179.)

Cas d'anévrysme de l'iliaque externe guéri par la compression par le tourniquet abdominal de Lister, par Wheelhouse. *Clinical Society of London.* (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 879.)

Guérison des anévrysmes par le repos et la diète, par Jolliffe Tufnell. *Royal medical and chirurgical Society.* (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 878.)

Ligature de la carotide primitive pour une tumeur encéphaloïde du crâne, par J. Pancoast. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Ligature de la carotide primitive pour une déchirure de l'artère méningée moyenne, par FURNEAUX JORDAN. (*Surgical Inquiries*, p. 28, 1873.)

Ligature de l'artère humérale pour une hémorrhagie secondaire survenue au 44e jour, par W. DAWSON. (*The Clinic*, déc. 1873.)

Du traitement des hémorrhagies dans les blessures artérielles de la main, par J.-A. GROSS. (*Thèse de Paris*, 1873.)

Tumeurs érectiles guéries. Traitement complexe, par le Dr GUÉNIOT. (*Soc. de chir.*, 21 janvier.)

Emploi du plâtre de Paris pour bandages dans les plaies par armes à feu des extrémités, par H. J. SEIGNEURET. (*Philad. med. and surg. Reporter*, sept. 1873.)

Série de fractures compliquées, traitées avec succès par la méthode conservatrice. — *St-Bartholomew's Hospital.* — Dr CALLENDER. (*The Lancet*, 31 janv., t. I, p. 162.)

Note sur quelques modifications apportées au traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, par le Dr E. BOURGUET. (*Bull. gén. de thér.*, t. LXXXV, p. 400, 1873.)

Du traitement des fractures transversales de la rotule, par C.-J. MANNING. (*The Lancet*, 28 févr., t. I, p. 295.)

Notes sur un cas d'extirpation du maxillaire supérieur gauche, à l'hôpital d'Hydrabad, par J.-M. PURSER. (*Irish Hospital Gazette*, 1873, déc., no 24, p. 372.)

Polype naso-pharyngien; ablation après la *résection sous-périostée* du maxillaire supérieur, par le Dr PAMARD, d'Avignon. (*Soc. de chir.*, 10 déc. 1873.)

Résection du sinus du maxillaire supérieur. — *Medical Society of London*, par GANT. (*The Lancet*, 31 janv., t. I, p. 164.)

De l'emploi de la nouvelle machine à réséquer les os dans l'art dentaire, par le Dr BRUCK. Société silésienne pour l'avancement national, séance du 24 octobre 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, no 5.)

Ablation des os maxillaire supérieur et malaire, sans incision extérieure, pour une nécrose due aux vapeurs du phosphore. Guérison, par J.-C. HUTCHISON. (*The American Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 94.)

Excision de la totalité du cubitus pour une nécrose. Guérison avec un membre utile, par HUTCHISON. (*The American Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 96.)

Résection de la hanche, par F.-F. MAURY. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Résection du fémur, par H. Lenox HODGE. (*Philad. med. Times*, juillet 1873.)

Résection de la tête et de la moitié du fémur pour une coxalgie, par H. Lenox HODGE. (*Pathol. Soc. of Philad.*; — *Philad. med. Times*, juillet 1873.)

Résection du genou, par HAYES, (*Irish Hospital Gazette*, 1873, nov. no 22, p. 339. *Idem*, janv. no 1, p. 3.)

Cas de résection primitive de l'articulation tibio-tarsienne, par LANDIS. (*The American journ. of the med. sc.*, janvier, p. 123.)

Observation de résection primitive de l'articulation tibio-tarsienne, avec

réflexions, par Henry Lee. — *Royal medical and chirurgical Society*. (*The Lancet*, 7 fév., t. I, p. 198.)

Tumeur blanche du genou; amputation de la cuisse; procédé d'Esmarch; guérison. *Stanley Hospital, Liverpool*. J. Kellet Smith. (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 878.)

De la position à donner aux moignons dans les amputations du membre inférieur. Revue clinique, par le Dr Nepveu. (*Gaz. méd.*, p. 19.)

Importance de l'immobilité et de l'attitude naturelle dans le traitement des maladies articulaires, par M. Courty. (*Montpellier méd.*, p. 33.)

Sur le traitement mécanique des maladies de la hanche, par Ch. Fayette-Taylor. (*New-York*, William Wood, 1873.)

Réduction d'une luxation ischio-pubienne datant de six mois, par L. Peitavy, (*Wiener med. Wochenschrift*, 1873, p. 1063.)

Plusieurs cas de colotomie, par C. Heath. (*Brit. med. journ.*, nº 672.)

Sur la colotomie lombaire. Opération d'Amussat, par G.-H. Kidd. (*Irish Hospital Gazette*, janv., nº 1, p. 5.)

Observations d'anus artificiel.—*Guy's hospital*. — Dr Bryant. (*The Lancet*, 31 janv., I, p. 163.)

Observations d'anus artificiel lombaire (colotomie). — *Guy's hospital*, Dr Bryant. (*The Lancet*, 10 janv., I, p. 52.)

Anus artificiel, par M. de Saint-Germain. (*Gaz. des hôp.*, p. 219.)

Observation d'imperforation de l'anus avec ouverture de l'extrémité inférieure de l'intestin dans le vagin. — Rétablissement de l'anus et oblitération de la fistule recto-vaginale. Guérison. Par le Dr Mourlon. (*Soc. de chir.*, 3 déc. 1873.)

Traitement chirurgical de l'invagination intestinale, par le Dr Hutchinson. — *Soc.. méd.-chir. de Londres*. Revue clinique par le Dr Delvaille. (*Gaz. méd.*, p. 35.)

Hernie étranglée traitée par un nouveau procédé opératoire, par B. Torres, (*El Siglo med.*, juillet 1373.)

Emploi des suppositoires de gélatine dans le traitement des accumulations fécales dans le rectum, par Nagel. (*Allgemein. Wiener med. Zeitung*, 1873.)

Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. Emploi du galvano-cautère et de l'écraseur, par le professeur Verneuil. Revue clinique, par le Dr Nepveu. (*Gaz. méd.*, p. 6.)

Nouvel appareil contre le prolapsus anal, par le Dr Vogt, présenté à la Soc. méd. de Greifswald, séance du 7 juin 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1873, nº 50.)

Rétention d'urine, suite de rétrécissement. — Deux cas traités par l'aspirateur, par Ch.-D. Hommes. (*The Boston med. and surg. journ.*, 1873, décembre, nº 26, p. 630.)

Emploi de l'aspiration pour la rétention d'urine, par W.-H. Farrington. (*Philad. med. Times*, octobre 1873.)

Ischurie consécutive à une affection de la prostate, traitée par ponctions capillaires, par A. Scarenzo. (*Gaz. Lombard.*, 34, 1873.)

Sur l'aspiration de l'urine, par J.-E. Whittaker. (*The Clinic*, août, 1873.)

Rétention d'urine par hypertrophie prostatique; ponction avec l'aspirateur pneumatique. Dr Henry Taylord.—*Royal Surrey countyHospital, Guildford.* (*The Lancet*, 14 fév., I, p. 232.)

Rétention d'urine; ponction sus-pubienne; guérison, par William Rose. (*The Lancet*, 14 fév., I, p. 230.)

Rétention d'urine due à un rétrécissement infranchissable, traitée par l'introduction de glace dans le rectum. Guérison du rétrécissement par l'application de potasse caustique, par W.-F. Teevan. (*The Lancet*, 7 fév., I, p. 194.)

Sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation permanente, par W. Savory. (*St-Bartholomew's Hospital Reports*, 1873, t. IX, p. 122.)

Sur la valeur de la bougie conductrice dans le traitement des rétrécissements serrés de l'urèthre, par Rushton Parker. (*The Lancet*, 31 janv., I, p. 162.)

Dilatation forcée dans la contracture du col vésical. — Quatre cas de vice de conformation des organes génitaux de la femme. Revue clinique par le Dr Gillette. (*Union méd.*, p. 118.)

Rétrécissement sinueux et infranchissable de l'urèthre, compliqué de fistules périnéales. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Incision en L renversé du périnée. — Moyens qui font supporter la sonde à demeure, par le Dr Reliquet. (*Gaz. des Hôp.*, p. 138.)

De l'uréthroplastie par la suture à étages, par M. Delore. (*Soc. de chir.*, 4 février.)

Taille hypogastrique; note clinique par Sampson Gamgee. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 807.)

Opération de la taille avec l'instrument de Smith, par le Dr Danck. (*Wiener med. Wochenschrift*, p. 1119, 1873.)

Observation de taille vésico-vaginale, par le Dr O. Karpinski, de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 3, p. 39.)

Sur le traitement des calculs vésicaux, par William Donald Napier. (*Med. Times and Gaz.*, 6 déc. 1873, II, p. 632.)

Sur l'avenir de la chirurgie opératoire de la pierre dans la vessie, par sir Henry Thompson. (*The Lancet*, 20 déc. 1873, II, p. 1873.)

Extirpation d'un rein avec succès, par J. E. Gilmore. (*The Clinic.*, août 1873.)

Litho-néphrotomie, par J. Andrew et W. Callender. (*St.-Bartholomew's Hospital Reports*, 1873, v. IX, p. 220.)

Suppuration dans un rein flottant traitée par l'opération, par J. Andrew et W. Callender. (*St-Bartholomew's Hospital Reports*, 1873, vol. IX, p. 211.)

Nouvelle sonde pour explorer l'urèthre d'arrière en avant, par W. Richardson. (*The Dublin Journal of medical science*, novembre 1873.)

Description d'un appareil simple pour maintenir en place les sondes flexibles, par J.-C. Ogilvie Will. (*The Lancet*, 21 fév.)

De l'électrothérapie dans certaines affections de l'appareil urinaire, par le Dr A. Amussat. (*Gaz. méd. Paris*, p. 81.)

Le photo-endoscope, par le Dr S.-Th. Stein, de Francfort-sur-Mein. (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 3.)

Abcès du cerveau guéri par la trépanation; par Houzé de l'Aulnoit. (*Bull. méd. du Nord*, nos 1 et 2.)

Extraction d'un crayon d'ardoise de la vessie chez un enfant, par Allen Mussey. (*The Clinic*, août 1873.)

Extraction d'un corps étranger du larynx, par A. Harshberger. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873.)

Extraction d'un corps étranger de l'articulation du genou. — Pansements antiseptiques par G. Lichtenberg. (*British Medical Journal*, 10 janvier.)

Cas de cheiloplastie par Pancoast. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

De la staphylorrhaphie, par Carl Franck. (*Würtemb. Corr. Bl.*, 30, 1873.)

Urano-staphylorrhaphie, insuccès partiel; remarques sur quelques temps de l'opération, par le professeur Verneuil. (*Soc. de chir.*, 25 février.)

Sur les appareils prothétiques dans les cas d'absence de voile du palais. Communication de E. Boeckel à la Société de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er fév.)

Opération de rhinoplastie. (*Medical Society of London*. Dr Lichtenberg. (*The Lancet*, 31 janv. I, p. 164.)

Opération de rhinoplastie par John Wood. — (*King's College Hospital*. (*Med. Times and Gaz.*, 27 déc. 1873, II, p. 714.)

Trois cas d'opérations de bec-de-lièvre, dans lesquels la suture entrecoupée fut employée avec succès conjointement avec les épingles ordinaires à bec-de-lièvre. (*Irish hospital Gazette*, février no 3, p. 37.)

Bec-de-lièvre unilatéral, compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais, avec saillie considérable en avant de la moitié droite de la division osseuse. Procédé opératoire spécial, par S. Duplay (*Soc. de chir.*, 3 déc. 1873.)

Contributions pratiques aux opérations pratiquées sur et dans le larynx, par Löri. (*Pester Med. Chir. Presse*, 23 septembre 1873.)

De la laryngotomie. Rejet de cette opération pour l'ablation des polypes du larynx, par le Dr Jelenffy, de Pesth. (*Wiener med. Woch.* 1873, p. 1123.)

Sur un nouveau procédé de trachéotomie, par M. de Saint-Germain (*Soc. de méd.*, 26 juin 1873.)

Notes chirurgicales : Tumeurs du cou ; amygdalotomie ; polype du larynx, par Laroyenne, de Lyon. (*Gaz. hebdom*, 1873, nos 47 et suivants.)

Œsophagotomie interne pour un rétrécissement cicatriciel, par C. Hudsgaard. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 44, 1873.)

Extirpation de la langue par le procédé de Regnoli, modifié par Menzel. (*Gazzetta med. Ital. Lombardia*, no 2.)

De l'amputation de la langue par Azzio Caselli. (*Bulletino delle Science Mediche, Bologna*, novembre et décembre 1873.)

Sur le traitement du goître cystique et parenchymateux, par Karl Störk. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1873, nos 5, 43, etc.)

Des injections interstitielles de teinture d'iode dans les tissus enflammés. par A. Menzel de Trieste. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1873, p. 1023.)

Sur le traitement du cancer épithélial, par G.-G Brewer. (*Philad. med. Times*, septembre 1873.)

Variété insolite de loupe du cuir chevelu; choix de la méthode opératoire, par le Dr Gillette (*Soc. de méd.*, 9 août 1873.)

Extirpation d'un lipome pesant 9 livres 4 onces, par E.-G. Bradley.(*Philad. med. and surg. Reporter*, août 1873, p. 130.)

Traitement des verrues, par Madison Marsh. (*Philad. med. and surg. Reporter*, octobre 1873.)

Traitement des adénites inguino-crurales par l'acétate basique de plomb, par Patzelt. (*Arch. f. Dermatologie*, p. 413, 1873.)

Traitement des ulcères et méthode de Reverdin, par H. Maas. (*Samml. klin. Vortræge*, n° 60.)

Hypertrophie chronique de la jambe ; symptômes fébriles ; administration de la salicine; amélioration. (*Belford Hospital, Fort Williams.*—J.-W.Allan, *The Lancet*, 27 déc. 1873, II, p. 899.)

Observations relatives à l'emploi de l'aspirateur dans le traitement des épanchements. — *Medical Society of London.* Dr Sansom. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II, p. 811.)

Sur l'emploi de l'aspiration dans les épanchements séreux du genou, par V. Rasmussen. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 14.)

Réflexions sur le traitement de l'hématocèle de la tunique vaginale, par le Dr Tillaux, chirurgien des hôpitaux. (*Bull. gén. de thérap.*, 1873, t. LXXXV, p, 541.)

Sur l'hydrocèle et son traitement par le Dr Van Leent, traduit par Bassignot. (*Arch. de méd. nav.*, 1873, p. 454.)

Nouveau procédé de réduction du paraphimosis, par M. Bardinet, directeur de l'école préparatoire de Limoges. (*Un. méd.*, 1873, p. 900.)

De l'amputation du pénis, par L. Jullien. (*Th. de Paris*, A Delahaye.)

Sur les opérations pratiquées pour les tumeurs péritonéales, par F. Boye. *Hospitals-Tidende*, XVI, 45.)

Cas de péritonite purulente guérie par l'aspiration et le drainage, par A. Brunniche. (*Hospitals-Tidende*, XVI, 22.)

Du drainage de la cavité abdominale et des injections intra-péritonéales, par Nussbaum, Munich.

Traitement des hémorrhoïdes internes par l'acide nitrique fumant, par le Dr Burow, Junior. — *Soc. de thérap. scientifiq.* de Kœnigsberg, séance du 12 mai 1873. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 7.)

Un cas de tétanos traumatique rapidement guéri sous l'influence du bromure de potassium et du chloral hydraté, par le Dr Panthel, d'Ems-les-Bains. (*Deutsche Klinik*, p. 22.)

Traitement du charbon contagieux, par C. Wasservogl, magister de chirurgie, à Sassin. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, *nos* 9 et 10.)

Action réductrice du pus sur le chlorate de potasse, par le professeur Binz. (*Sitzber. der Niederrh. Gesell. in Bonn.*, p. 130.)

Sur deux accidents rares de la paracentèse abdominale, par Da Silva Lima. (*Gazeta medica da Bahia*, 30 sept. 1873.)

De l'asphyxie pouvant survenir pendant l'ablation des tumeurs cervicales par l'écrasement linéaire, par Laroyenne. (*Gaz. hebdom.*, 1873, p. 750.)

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Manuel sanitaire du soldat et indication des premiers soins à donner en cas de blessures ou de maladies, par C.-A. Gordon, Londres.

Manuel pour les fonctionnaires de l'administration sanitaire, par Edward Smith, Londres.

Historique de l'organisation du service de santé militaire par le Dr H. Frölich de Dresde. (*Vierteljahrs. f. gericht. med. und. œffentl. Sanit.* n° 1, p. 81.)

Discussion sur les rapports à établir entre la médecine et la pharmacie dans l'armée. (Br. in-8° de 209 p. (G. Masson). Paris, 1873.)

Le service de santé militaire chez les Romains, par H. Droysen. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift.* p. 38.)

La réorganisation du service de santé dans l'armée italienne. (*Revue militaire de l'étranger*, p. 25.)

Etudes sur le service de santé dans l'armée anglaise. (*Revue militaire de l'étranger*, p. 70, 94 et 110.)

Etudes sur l'organisation du service de santé officiel en arrière des armées allemandes pendant la guerre 1870-71, par J. Grimm. (*St-Petersburger mediciniche Zeitschrift*, 4e et 5e fasc. p. 302. 1872.)

Le régiment d'artillerie de siége au sud de Paris, avec cartes et plans, par le Dr Rawitz. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift.* p. 608, 1873.)

Equipement et instruction des brancardiers. par le Dr Tiburtius. — Metz.

Une mission au Hedjaz (Arabie), contributions à l'histoire du choléra, le pèlerinage de la Mecque, les services sanitaires et les institutions quarantenaires de la mer Rouge, les épidémies de choléra de 1865 et de 1871-72, etc., par le Dr A Buez. — Paris, G. Masson.

Examen de 1,400 recrues au point de vue de la taille, du poids, de la circonférence thoracique, de la capacité pulmonaire vitale et de la force, par B. Körber. (*St-Petersburger medicinische Zeitschrift.* 1872., — 2e fasc. p. 113.)

Etudes hygiéniques sur le vêtement et sur l'équipement du soldat, par G. Morache. (*Journ. des sc. militaires.*, 8e série, t. VII, 1re livraison, p. 32.)

De l'habillement actuel du soldat, essai d'hygiène militaire, par E.-F. Ravenez. (*Thèse de Paris.*)

Des viandes conservées du Texas pour l'alimentation des armées, par le Dr Böettcher. (*Deutsche militairærztliche Zeitschrift.*, p. 21.)

Deux cas de blessures mortelles par la balle n° 5 du fusil Snider, et de ses effets sur l'homme, par William Collis. (*The Lancet*, 6 déc. 1873, II., p. 807.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Le gérant : G. MASSON.

Clichy. — Imp. Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières.